

Silvia Frost-Ebinger

Der Sozialdienst des Universitätsspitals Zürich als Wertschöpfungs-Center

Masterthesis

Departement Soziale Arbeit
Weiterbildung
**ZHAW Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften**

Der Sozialdienst des Universitätsspitals Zürich als Wertschöpfungs-Center
Silvia Frost-Ebinger

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Departement Soziale Arbeit Masterthesis

ISBN-10:

ISBN-13:

Alle Rechte vorbehalten

© Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur 2010

Wissenschaften, Winterthur

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Soziale Arbeit
Auenstrasse 4, 8600 Dübendorf, www.sozialarbeit.zhaw.ch

Der Sozialdienst des Universitätsspitals Zürich als Wertschöpfungs-Center

Masterthesis zum Nachdiplomstudium Sozialmanagement

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften – Soziale Arbeit

Referentin: Dr. Sabina von Arx

Autorin: Silvia Frost-Ebinger, Vordergasse 20A, 8615 Wermatswil

Datum: Februar 2010

1 Zusammenfassung

Der Sozialdienst des Universitätsspitals Zürich (USZ) erbringt jährlich für mehr als 5300 Patienten rund 10'000 sozialarbeiterische Dienstleistungen. Die ungebremste Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und die fehlende gesetzliche Verankerung der Spitalsozialarbeit setzen den Sozialdienst – trotz der hohen Nachfrage nach seinen Dienstleistungen – verstärkt unter Legitimationsdruck. Diesem begegnet der Sozialdienst durch seine Neukonzeptualisierung als Wertschöpfungs-Center. Dieses geht davon aus, dass die Wertschöpfung eines internen Dienstleisters durch die Ausrichtung am Erfolgsdreieck – Strategie und Effektivität / Qualität und Dienstleistung / Wirtschaftlichkeit und Wertschöpfung – generiert wird. Es lehnt sich dabei an das Wertschöpfungs-Center für Personaldienstleistungen von Wunderer und von Arx (2002) an, welches auf dem Qualitätsmodell des Total Quality Managements (TQM) beruht.

Der durch den Sozialdienst USZ durchgeführte Strategieentwicklungsprozess zur Ermittlung der konkreten Angebote des Sozialen Wertschöpfungs-Centers folgt dem Modell von Sander und Bauer (2006). Das zukünftige Center muss seine sozialen Angebote auf die relevanten Umweltrends, das USZ als Gesamtorganisation und die wichtigsten Anspruchsgruppen ausrichten. Dabei spielen die zu erwartende weitere Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauer durch die Einführung von SwissDRG ab 2012, die neue Dachstrategie des USZ, die abgeleiteten Teilstrategien der sechs operativen Medizinbereiche und die Erwartungen der Patienten, Ärzte und Pflegenden die wichtigste Rolle. Dies alles immer unter Abgleichung mit dem gesellschaftlichen Auftrag professioneller Sozialarbeit, welcher im Berufskodex der Professionellen Sozialen Arbeit Schweiz ausformuliert ist. Dieser bildet die normative Grundlage des Sozialen Wertschöpfungs-Centers und definiert die Grundsätze des zu bearbeitenden sozialen Gegenstandes.

Als Ergebnis entsteht ein Soziales Wertschöpfungs-Center, welches aus je einem Service-Center Rehabilitation, Beratung und Care und einem Sozialen Expertencenter besteht. Die Rehabilitationsdienstleistungen werden in einer eigenen Einheit angeboten, da die Effizienz durch den teilweisen Einsatz von Sachbearbeitenden und dem Fokus auf der Prozessgeschwindigkeit erhöht werden kann. In der Folge kommt es zu einer Senkung der Kosten (Wertschöpfungsbeitrag). Im Service-Center Beratung und Care werden prioritär Dienstleistungen erbracht, welche der Definition von sozialen Problemen entsprechen **und** den optimalen Spitalaustritt der Patienten – als erfolgskritischen Faktor für das USZ – begünstigen. Durch das Soziale Expertencenter werden soziale Dienstleistungen und Produkte erbracht, welche relevant sind für die Gesamtführung des USZ. Dieses Center hat das Potenzial zum Profit-Center durch den externen Verkauf gewisser Produkte und Dienstleistungen.

Der Sozialdienst des Universitätsspitals Zürich als Wertschöpfungs-Center

In jedem der drei Center werden die Wertschöpfungs-Dimensionen „Management“ (WAS ist zu tun?), „Service“ (WIE ist es zu tun?) und „Business“ (KOSTEN) mittels geeigneter Instrumente ermittelt und überprüft.

Die Projektskizze im Anhang zeigt die ersten Schritte für den Aufbau des Sozialen Wertschöpfungs-Centers.

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung.....	1
2	Einleitung	5
3	Sozialdienst heute – Soziales Wertschöpfungs-Center morgen.....	8
3.1	Perspektiven der Wertschöpfung.....	10
3.1.1	Quantitative Wertschöpfung	11
3.1.2	Qualitative Wertschöpfung	11
3.2	Qualitätsmodelle	12
3.2.1	Total Quality Management	12
3.2.2	Modifiziertes Qualitätsmodell nach Wunderer und von Arx	13
4	Strategieentwicklung des Sozialen Wertschöpfungs-Centers	14
4.1	Analyse der Umweltsphären = Makrokontext	17
4.1.1	Gesellschaftliche Entwicklungen	17
4.1.2	Wirtschaftliche Entwicklungen.....	19
4.2	Analyse der nahen Umwelt = Mikrokontext.....	20
4.2.1	Armutsbetroffene Patienten.....	20
4.2.2	Patienten mit besonderen Bedürfnissen.....	21
4.3	Fazit.....	21
4.4	Organisationsanalyse	21
4.4.1	Neue Strategie des USZ	21
4.5	Anspruchsgruppenanalyse	22
4.6	Markt- und Kundensegmentierung.....	24
4.7	SWOT-Analyse.....	26
4.8	Fazit.....	28
5	Dimensionen des Sozialen Wertschöpfungs-Centers	28
5.1.1	Management-Dimension	29
5.1.2	Service-Dimension	29
5.1.3	Business-Dimension.....	30
5.1.4	Berufskodex der Professionellen Sozialen Arbeit Schweiz	30
5.1.5	Fazit.....	32
5.2	Vorgehen	32
6	Service-Center Rehabilitation.....	33
6.1	Management-Dimension.....	33
6.1.1	Dienstleistung und Ziel	34
6.1.2	Leitwerte.....	34
6.1.3	Interne Marktsituation.....	34
6.1.4	Methoden der Leistungserbringung.....	37
6.1.5	Strukturelle Bedingungen	38
6.1.6	Koordination und Kooperation mit externen Partnern.....	38
6.1.7	Evaluation der Leistungen.....	38

6.1.8	Ausbaupotenzial.....	39
6.2	Service-Dimension.....	39
6.2.1	Qualitätsstandards in den Unterstützungsfunktionen.....	39
6.2.2	Wissen und Kompetenz.....	40
6.2.3	Prozesse.....	41
6.2.4	Dienstleistungsmarketing: Informationen für Ärzte und Pflegende.....	41
6.3	Business-Dimension.....	42
6.3.1	Steuerung als Expense-/Cost-Center.....	42
6.3.2	Wertschöpfungsansätze.....	42
7	Service-Center Beratung und Care.....	44
7.1	Management-Dimension.....	44
7.1.1	Dienstleistungen und Ziele.....	45
7.1.2	Leitwerte.....	46
7.1.3	Interne Marktsituation.....	46
7.1.4	Methoden der Leistungserbringung.....	48
7.1.5	Strukturelle Bedingungen.....	48
7.1.6	Koordination und Kooperation mit externen Partnern.....	49
7.1.7	Evaluation der Leistungen.....	49
7.1.8	Ausbaupotenzial.....	50
7.2	Service-Dimension.....	50
7.2.1	Qualitätsstandards in den Unterstützungsfunktionen.....	50
7.2.2	Wissen und Kompetenz.....	50
7.2.3	Prozesse.....	51
7.2.4	Dienstleistungsmarketing: Informationen für Ärzte und Pflegende.....	51
7.3	Business-Dimension.....	52
7.3.1	Steuerung als Expense-/Cost-Center.....	52
7.3.2	Wertschöpfungsansätze.....	52
8	Soziales Expertencenter.....	52
8.1	Produkte und Dienstleistungen.....	52
8.1.1	Unterstützungsdienstleistungen für Ärzte und Pflegende.....	53
8.1.2	Unternehmenssichernde Dienstleistungen.....	53
8.2	Business-Dimension.....	54
8.2.1	Steuerung.....	54
8.2.2	Ausbau zum Profit-Center.....	54
9	Schlussfolgerungen und Umsetzung.....	55
10	Dank.....	56
11	Erklärung.....	57
12	Literaturverzeichnis.....	58
13	Abbildungsverzeichnis.....	61

2 Einleitung

Die Gesundheitspolitik der Schweiz steht vor riesigen Herausforderungen durch die ungebremste Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Es sind nicht mehr sämtliche wünschenswerten medizinischen Leistungen für Alle finanzierbar.

Spitäler sind wichtige Akteure im Gesundheitswesen und stehen zu ihren internen Spitalsozialdiensten in wechselseitiger Abhängigkeit:

Ohne Spital und Patienten¹ keine Spitalsozialarbeit, ohne Spitalsozialarbeit keine ganzheitliche¹ Behandlung und Betreuung der Patienten. Doch wie viel und welche ganzheitliche Betreuung will und kann sich ein Spital leisten?

Welchen gesellschaftlichen Auftrag hat Sozialarbeit als eigenständige Profession zu erfüllen?

Nach wie vor fehlt die gesetzliche Verankerung der Spitalsozialarbeit in vielen Kantonen – auch im Kanton Zürich – so dass die Spitäler nicht verpflichtet sind, diese zu gewährleisten.

Der Spitalsozialdienst als interner Dienstleister ist dringlich aufgefordert, neue und stimmige Konzepte zur eigenen Legitimation zu entwickeln. Diese müssen sich an der Wertschöpfung des Gesamtunternehmens orientieren **und** dem Auftrag und den Zielen Sozialer Arbeit entsprechen.

Diese Arbeit geht von der These aus, dass der Spagat zu schaffen ist mit einem Spitalsozialdienst, welcher als wertschöpfungsorientiertes Kompetenz-Center aufgebaut ist, dessen normative Grundlage der Berufskodex der Professionellen Sozialen Arbeit Schweiz ist.

So hat Spitalsozialarbeit eine realistische Chance im „Gesundheitsmarkt“ zu bestehen und den Patienten die dringend notwendige, richtige Unterstützung und Fürsorge zukommen zu lassen: Krankheit, Unfall und Mutterschaft haben auch heute noch soziale Auswirkungen, die sich zu sozialen Problemen auswachsen können.

¹ Im Dienste der Einfachheit wird im Text teilweise die männliche, teilweise die weibliche Schreibweise verwendet.

Die Arbeit ist folgendermassen aufgebaut:

Kapitel 3: Sozialdienst heute – Soziales Wertschöpfungs-Center morgen

In Kapitel drei sind die wesentlichen Grundlagen erläutert, die zum Verständnis der Entwicklung des Konzeptes eines Sozialen Wertschöpfungs-Centers nötig sind. Dazu gehören:

- Ein kurzer historischer Rückblick auf den Sozialdienst des Universitätsspitals Zürich, nachfolgend USZ genannt, und die Skizzierung der heutigen Situation als Grundlage zum Verständnis der geplanten Weiterentwicklung.
- Die Beleuchtung des Begriffes „Wertschöpfung“ aus quantitativer Sicht (monetärer Erfolg) und aus ihrer gleichwertigen qualitativen Perspektive. Dies ist die Leitplanke für die Legitimation eines Sozialen Wertschöpfungs-Centers, welches als interner Dienstleister fungiert.
- Die Prinzipien des Total Quality Managements, nachfolgend TQM genannt, welche durch Wundeler und von Arx (2002) für das Wertschöpfungs-Center modifiziert wurden.

Kapitel 4: Strategieentwicklung des Sozialen Wertschöpfungs-Centers

Um die richtigen Dienstleistungen und Produkte anzubieten, müssen die Erfolgspotenziale des Wertschöpfungs-Centers erkannt und systematisch ausgewertet werden. Dazu gehören:

- Die gesellschaftliche und wirtschaftliche Analyse der Umweltsphären (Makro- und Mikrokontext) zur Erfassung der relevanten Trends, welche die Angebote des Sozialen Wertschöpfungs-Centers massgeblich beeinflussen.
- Die Organisationsanalyse mit den **internen** Orientierungspunkten, welche beachtet und bearbeitet sein müssen. Dazu gehören die Auswertung der Unternehmensstrategie (siehe Beilage) und die Erfassung der Anspruchsgruppen mit ihren Erwartungen.
- Die Segmentierung der aktuell erbrachten Dienstleistungen, in dem die Komplexität der bearbeiteten sozialen Problematiken und ihre Wirkung auf die Aufenthaltsdauer in Bezug gesetzt werden. Dies dient der Vorbereitung der zukünftigen Standbeine des Wertschöpfungs-Centers.
- Die SWOT-Analyse mit den abgeleiteten Strategiepotenzialen, welche aus den Stärken und Schwächen des heutigen Sozialdienstes und den relevanten externen und internen Trends hervorgehen.

Kapitel 5: Dimensionen des Sozialen Wertschöpfungs-Centers

- Die drei Einheiten des Sozialen Wertschöpfungs-Centers unterscheiden sich durch den sozialen Gegenstand, der bearbeitet wird. Dieser wird durch den sozialen Sachverhalt und die spezifischen Problemmerkmale konkretisiert.
- Die Umsetzung der modifizierten TQM-Philosophie in die drei Wertschöpfungs-Center Dimensionen „Management, Service und Business“.
- Der Berufskodex der Professionellen Sozialen Arbeit Schweiz bildet die normative Grundlage des zukünftigen Sozialen Wertschöpfungs-Centers.

Kapitel 6: Service-Center Rehabilitation

- Im Service-Center Rehabilitation werden alle Aufträge bearbeitet, welche sich auf die Organisation von nachstationären Rehabilitationen und Kuren beschränken.
- In der Management-Dimension werden die Ziele der Dienstleistung und die Leitwerte definiert. Die Analyse der internen Marktsituation, die Benennung der strukturellen Bedingungen und die Koordination mit den externen Partnern sind wichtige Voraussetzungen für den Erfolg des Service-Centers. Die geeigneten Instrumente zur Evaluation der erbrachten Leistungen müssen aufgebaut werden. Das Service-Center Rehabilitation hat Potenzial zum späteren Ausbau der Dienstleistungen.
- In der Service-Dimension werden die Unterstützung der wichtigsten Anspruchsgruppen, das benötigte Wissen und die Prozesse der Leistungserbringung definiert.
- In der Business-Dimension werden die finanzielle Steuerung des Service-Centers und die Wertschöpfung dargelegt.

Kapitel 7: Service-Center Beratung und Care

- Im Service-Center Beratung und Care werden soziale Betreuungs- und Beratungsdienstleistungen, sowie die vertiefte Mitarbeit in interdisziplinären Spezialteams angeboten.
- Management-, Service- und Business-Dimension: s. Kapitel 6.

Kapitel 8: Soziales Expertencenter

- Im Sozialen Expertencenter werden soziale Grundlagen – im Auftrag der Spitaldirektion oder einzelner interner Abteilungen – erarbeitet, welche für die Führung des USZ von Bedeutung sind, sowie zusätzliche Unterstützungsdienstleistungen für Ärzte und Pflegende angeboten.
- Dieses Center hat ein gewisses Potenzial für den Ausbau als Profit-Center durch den Verkauf einzelner Produkte.

Kapitel 9: Schlussfolgerungen und Umsetzung

3 Sozialdienst heute – Soziales Wertschöpfungs-Center morgen

Das Universitätsspital Zürich stellte 1928 die erste Fürsorgerin ein, mit dem klar umrissenen Auftrag, die geschlechtskranken Patienten der Klinik für Dermatologie zu betreuen. Damit verbunden war die Hoffnung, dass „der Arzt den Patienten in seiner ganzen schicksalhaften Gegebenheit erfassen und verstehen lernt. Dies sei nur möglich, wenn er die rein klinische mit einer sogenannt **sozialen** Anamnese ergänzt und wenn er am Schluss der Behandlung, bei der Entlassung, auch Verständnis für die weitere Lebensgestaltung des Patienten zeigt.“ (vgl. Gloor, 1978, S. 11).

Die Inhalte der Sozialarbeit in Spitälern haben sich seither nicht grundlegend verändert. Krankheit, Unfall und Schwangerschaft haben immer auch soziale Aspekte, welche den Behandlungsverlauf und das Wohlergehen der Betroffenen beeinflussen können. Häufig begünstigen soziale Umstände – die Armut im Besonderen – auch Krankheiten.

Heute sind im USZ 19 Sozialarbeitende bei einem Stellenetat von 1290 % für alle 42 Kliniken des USZ tätig. 2009 wurden 5326 Patienten und Patientinnen mit rund 10'000 sozialen Dienstleistungen unterstützt. Die Fallzahlen nehmen jährlich kontinuierlich zu, mit Ausnahme des Jahres 2007, in welchem ungefähr 500 einfache Rehabilitationsdienstleistungen an die Klinik für Herz- und Gefässchirurgie ausgelagert wurden, was zu einer kurzfristigen Entlastung führte.

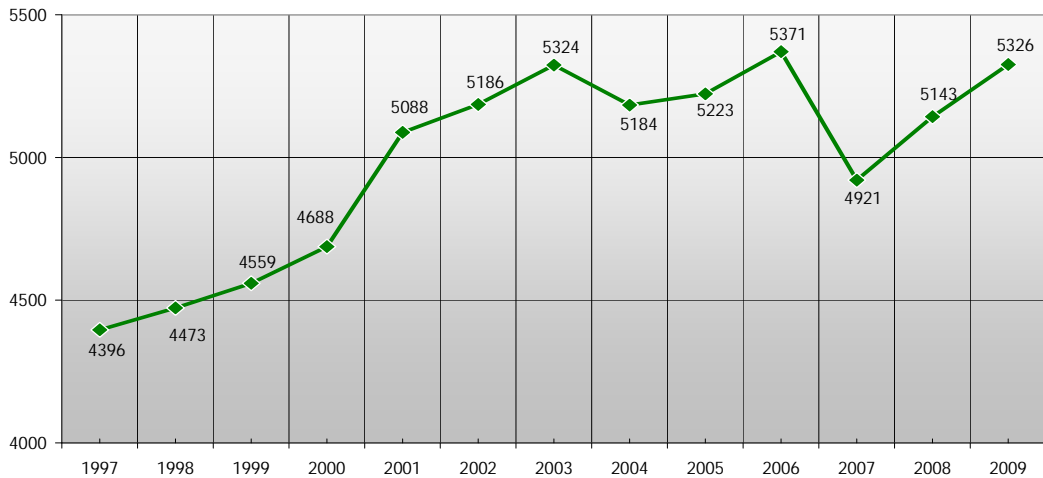


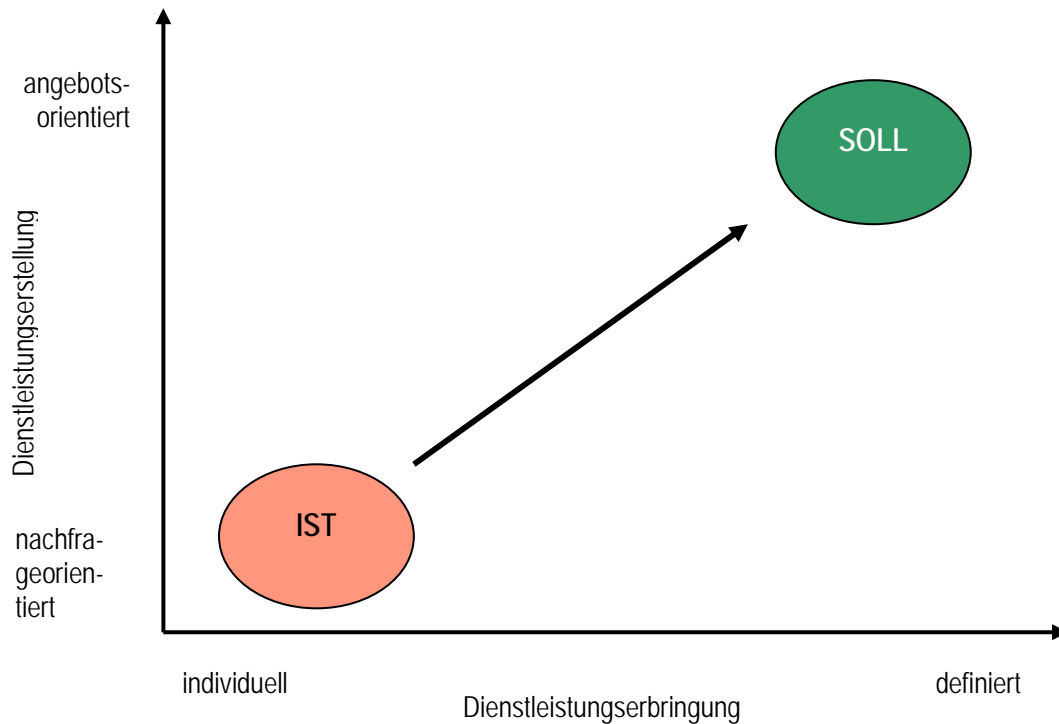
Abb.1: Fallzahlen (Stand 31.12.2009). Grafik: Sozialdienst USZ

Die personellen Ressourcen sind seit Jahren gleich bleibend, so dass die stetig steigende Nachfrage nicht durch eine Erhöhung des Stellenbudgets bewältigt werden kann. Der Sozialdienst begegnet dieser Situation mit der fortlaufenden, nachfrageorientierten Bearbeitung der eingehenden Anfragen. Nachteile dieses Vorgehens:

- Überlastung der Sozialarbeitenden, da keine definierten Fallsteuerungsinstrumente zur Verfügung stehen.
- Schwankende Befindlichkeit der Sozialarbeitenden: einerseits das Gefühl der Befriedigung, dass die Nachfrage nach Sozialarbeit so gross ist, andererseits ein diffuses Unbehagen, ob die Ressourcen richtig eingesetzt werden und ob tatsächlich immer Sozialarbeit im Sinne der Bearbeitung von sozialen Problemen betrieben wird.
- Personeller Ressourcenverschleiss der Sozialarbeitenden durch die häufig rein situative Klärung des Auftrages mit den nachfragenden Ärzten und Pflegenden. Es bestehen wenige strukturelle Verbindlichkeiten bezüglich der Zusammenarbeit. Es ist unklar, welche Dienstleistung, zu welchem Zeitpunkt, in welcher Bearbeitungstiefe und -breite, mit welchem Ergebnis erwartet werden kann.
- Unklarheit über die erzielten Wirkungen der geleisteten Arbeit durch die fehlende Gewichtung und Segmentierung² der angebotenen Dienstleistungen.

² Die Segmentierung ist eine Technik, welche sich für die Marktanalyse eignet, aber auch für die Analyse von komplexen Systemen, beispielsweise für die Segmentierung von Anspruchsgruppen (vgl. Sander & Bauer, 2006, S. 88).

Diese Situation des Sozialdienstes hängt mit der fehlenden Zielabgleichung seiner Tätigkeiten mit der Organisation Universitätsspital, mit der anspruchsvollen Interdisziplinarität, der Komplexität des USZ und nicht zuletzt mit der diffusen eigenen Berufsidentität zusammen.



Vorteile IST: viel Kontakt
persönliche Freiheit gross
Nachteile IST: Missverständnisse
Ressourcenverschleiss

Vorteile SOLL: klare Positionierung
Nachteile SOLL: persönliche Freiheit eingeschränkt

Abb. 2: IST-Positionierung Sozialdienst zur SOLL-Positionierung als Soziales Wertschöpfungs-Center. Grafik: Silvia Frost

Es gilt nun systematische Überlegungen anzustellen, um die strategischen Erfolgspotenziale³ des zukünftigen Sozialen Wertschöpfungs-Centers USZ zu erkennen, es anschliessend so zu konzipieren und zu positionieren, dass seine Wertschöpfung explizit ausgewiesen ist.

3.1 Perspektiven der Wertschöpfung

Sander und Bauer (2006, S. 212 ff.) definieren Wertschöpfung innerhalb einer Organisation als den Prozess des Schaffens von Mehrwert durch Bearbeitung. Dieser Mehrwert oder Nutzen ist das Resultat einer „Eigenleistung“ der Organisation.

³ „Gefüge sämtlicher jeweils geschäftsspezifisch erfolgsrelevanter Voraussetzungen“ (Gälweiler, 1987, S. 26; zit. nach Müller-Stewens & Lechner, 2005, S. 22).

Sozialdienste in Spitälern setzen implizit voraus, dass ihre Tätigkeit Mehrwert stiftet, da die Nachfrage nach ihren Dienstleistungen hoch ist. Um diesen Nutzen expliziter auszuweisen und allenfalls auch zu steigern, müssen die verschiedenen Dimensionen der Wertschöpfung definiert werden.

Wertschöpfungsorientiert zu arbeiten erfordert eine unternehmerische **und** wertorientierte Grundhaltung des Sozialdienstes; jeder einzelne Sozialarbeitende ist ein wichtiger Akteur in der Steigerung der Effizienz und Effektivität des USZ als Gesamtorganisation. Dies selbstverständlich immer in Abstimmung – im Sinne von normativer Grundlage – mit den zentralen Werten, dem Gegenstand und den Handlungsmaximen professioneller Sozialer Arbeit.

3.1.1 Quantitative Wertschöpfung

Der klassische betriebswirtschaftliche Wertschöpfungsbegriff bezeichnet den monetären Ertrag einer Unternehmung, welcher vermindert wird um den Wert der Vor- und Fremdleistungen (vgl. Wunderer & von Arx, 2002). Der Beitrag der internen Dienstleister am Ertrag kann auch über die Kosten-Leistungsrechnung ausgewiesen werden, was voraussetzt, dass anderen internen Abteilungen Leistungen verrechnet werden können. Der Sozialdienst ist heute mit einem Aufwandbudget gesteuert, dessen Einhaltung sein quantitativer Beitrag zur Wertschöpfung ist (keine Mehrkosten). In der zukünftigen Ausgestaltung des Sozialdienstes als Wertschöpfungs-Center lassen sich im Service-Center Rehabilitation (s. Kapitel 6) gewisse Opportunitätskosten⁴ berechnen. Im zukünftigen Sozialen Expertencenter (s. Kapitel 8) werden einzelne Produkte hergestellt, welche das Potenzial für einen Verkauf an externe Dritte haben.

3.1.2 Qualitative Wertschöpfung

Eine nichtmonetäre Sicht auf die Wertschöpfung geht vom Nutzen aus, der in unterschiedlichen Dimensionen geschaffen wird. Sander und Bauer (2006, S. 97) unterscheiden dabei zwischen folgenden Wertschöpfungsbegriffen resp. -dimensionen:

a) Volkswirtschaftliche Wertschöpfung als Leistungsmaßstab für die Gesellschaft

Der Sozialdienst leistet einen Beitrag zur Volksgesundheit, indem er die allenfalls als Folge oder Ursache von Krankheit, Unfall und Mutterschaft auftretenden sozialen Probleme bearbeitet und die Reintegration der Patienten in Beruf und soziale Netze unterstützt.

⁴ Kosten des entgangenen Nutzens bzw. die Kosten, die entstehen, wenn eine Leistung am Patienten nicht erbracht wird.

b) Anspruchsgruppenbezogene Wertschöpfung

Der Sozialdienst unterstützt die von den Patienten – als zentrale Anspruchsgruppe – dringlich gewünschte ganzheitliche medizinische Behandlung. Die behandelnden Ärzte und Pflegefachpersonen werden in ihren Tätigkeiten für die Patienten durch die eigenständigen sozialen Dienstleistungen unterstützt. Damit wirklich Mehrwert geschaffen wird, müssen die genauen Erwartungen der Anspruchsgruppen bekannt und priorisiert sein, da nicht alle Erwartungen in gleichem Masse erfüllt werden können.

c) Prozess- und qualitätsbezogene Wertschöpfung

Optimale Prozesse der Leistungserbringung erzeugen einen Mehrwert durch die Senkung von Ineffizienz. Die Definition der spezifischen Qualitätsmerkmale der erbrachten Dienstleistungen erfolgt in Absprache mit den jeweiligen Anspruchsgruppen. Für Ärzte und Pflegenden bedeutet Qualität nicht immer dasselbe wie für die Patienten oder für die Sozialarbeitenden selber.

3.2 Qualitätsmodelle

Der qualitative Zugang zur Wertschöpfung setzt die Definition eines Qualitätsmodells voraus, dessen Dimensionen den Bezugsrahmen zur Bestimmung der Wertschöpfung setzen.

3.2.1 Total Quality Management

Total Quality Management (nachfolgend TQM genannt) als ein auch in der Sozialarbeit gängiges Qualitätsmodell postuliert die kontinuierliche und ganzheitliche Verbesserung der Struktur, der Prozesse und der Ergebnisse einer Institution als erfolgversprechendes Vorgehen.

Im TQM gelten Qualität, Zeit und Kosten als Erfolgsdreieck, d.h. das Produkt oder die Dienstleistung werden in definierter Qualität in der definierten Zeit zum definierten Preis hervorgebracht. Das optimale Zusammenwirken der drei Faktoren begünstigt die Schaffung von Mehrwert.

Zu berücksichtigen gilt, dass es im Wesen der Sozialen Arbeit liegt, keine „eindeutigen Ursache-Wirkungsbeziehungen zwischen einer gegebenen Ausgangssituation, bestimmten vereinbarten Zielen und den zu ihrer Erreichung eingesetzten Methoden herzustellen“ (Engelhardt, 2001, S. 31). Dies aus folgenden Gründen:

- Die Wirksamkeit der Sozialen Arbeit zur Lösung von sozialen Problemen hängt in hohem Masse auch von der Persönlichkeit der Sozialarbeitenden ab.
- Regelmässig wirken auch andere Einflusskräfte (im unterstützenden wie im behindernden Sinn) auf die Klienten/Patienten ein.

- Bestimmte soziale Dienstleistungen lassen sich standardisieren, andere jedoch, aufgrund der vorliegenden Problematik, sind nur schwer systematisierbar (vgl. Knorr & Halfar, S. 78 ff.).
- Bei der Analyse von Dienstleistungen muss „untersucht werden, welche Definition geeignet ist, den speziellen Charakter einer bestimmten sozialen Dienstleistung zu erfassen ...“ (vgl. Knorr & Halfar, S. 70).

3.2.2 Modifiziertes Qualitätsmodell nach Wunderer und von Arx

Wunderer und von Arx (vgl. 2002, S. 33) modifizieren das klassische TQM-Erfolgs-Dreieck für ihr Personalmanagement Wertschöpfungs-Center. Dem Faktor „Zeit“ messen sie nicht dieselbe erfolgskritische Bedeutung bei wie in Produktionsbetrieben. Für interne Dienstleister gewichten sie die Ausrichtung auf die Gesamtstrategie jedoch hoch, damit tatsächlich Mehrwert für die gesamte Organisation geschaffen wird.

Ausnahme: Im zukünftigen Sozialen Service-Center Rehabilitation wird die Zeit eine entscheidende Bedeutung haben.

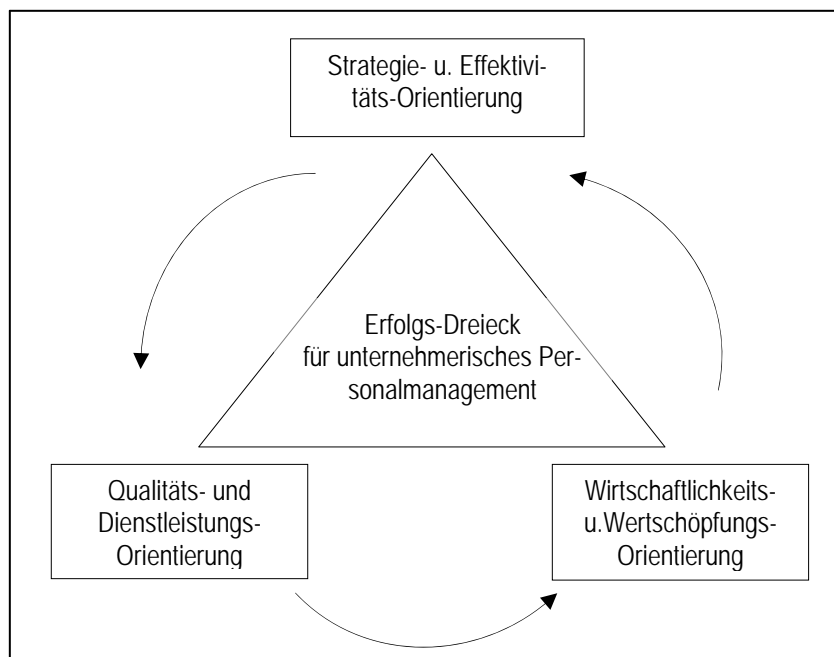


Abb. 3: modifiziertes TQM-Dreieck nach Wunderer & von Arx (2002 S. 33)

a) Strategie- und Effektivitätsorientierung

Im Zentrum der Dachstrategie des USZ (2008) steht die erste strategische Initiative (Projekt „Lead“, siehe Beilage), mit einer neuen Aufbauorganisation und Führungsstruktur. Das USZ wird in neun (sechs klinische und drei serviceorientierte) Medizinbereiche unterteilt, vergleichbar mit eigenständigen

Geschäftsbereichen. Eine aktive und zielorientierte Führung dieser Bereiche und letztendlich des ganzen USZ wird mit dieser Neustrukturierung angestrebt. Das Soziale Wertschöpfungs-Center wird mit gezielten Teilstrategien auf den Bedarf der einzelnen Medizinbereiche reagieren müssen. Der Definition des Bedarfs geht ein Aushandlungsprozess mit der Leitung jedes Medizinbereiches voraus, da professionelle Sozialarbeit keine medizinische Hilfstätigkeit ist, die einfach verordnet werden kann.

b) Qualitäts- und Dienstleistungsorientierung

Das Soziale Wertschöpfungs-Center muss seine Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität kontinuierlich verbessern. Als erste Massnahme müssen die Bedürfnisse der relevanten Anspruchsgruppen erfasst werden: Welche Dienstleistungen erwarten sie? Welche Merkmale kennzeichnen gute Dienstleistungsqualität? Der Motivation der Sozialarbeitenden, ihre Dienstleistungen auch als Service gegenüber der Organisation zu verstehen, muss dabei besondere Beachtung geschenkt werden. Gute Servicequalität und professionelle Sozialarbeit müssen nicht im Widerspruch stehen.

c) Wirtschaftlichkeits- und Wertschöpfungsorientierung

Der Aufenthalt im Spital ist im Grundsatz beendet, wenn die medizinische Behandlung abgeschlossen ist. Die Orientierung und Abstimmung der Prozesse des Sozialen Wertschöpfungs-Centers auf den Patientenpfad, dem übergeordneten Kernprozess des USZ, sind deshalb von zentraler Bedeutung: Die richtigen Dienstleistungen müssen zur richtigen Zeit erbracht werden, damit die Aufenthaltsdauer optimal genutzt werden kann zur Bearbeitung von sozialen Problemen. Wertschöpfung im Spital wird dadurch generiert, dass die Patienten nach der optimalen Behandlungsdauer das Spital wieder verlassen und anschliessend kein „Drehtüreffekt“ durch verfrühte oder schlecht vorbereitete Austritte provoziert wird. Dies ermöglicht die optimale Nutzung der Spitalbetten und der übrigen Infrastruktur, vor allem der Operationssäle. Dienstleistungen des Sozialen Wertschöpfungs-Centers, welche einen Einfluss auf die Aufenthaltsdauer haben, müssen deshalb prioritär erbracht werden.

4 Strategieentwicklung des Sozialen Wertschöpfungs-Centers

Um die Inhalte des Sozialen Wertschöpfungs-Centers zu entwickeln, müssen gezielte strategische Überlegungen angestellt werden. Fokus ist die Erkennung von Erfolgspotenzialen in der Umwelt und innerhalb der Organisation USZ, mit Abgleichung der Stärken des jetzigen Sozialdienstes. Mit den daraus resultierenden geeigneten Strategien⁵ kann „die grundlegende Entwicklungsrichtung einer Organisation vorgegeben“ (Sander & Bauer, 2006, S. 15) werden, ohne den Bewegungsspielraum

⁵ „Strategien = Leitplanken, welche die grundlegende Entwicklungsrichtung einer Organisation vorgeben“ (Sander & Bauer, 2006, S. 15).

allzu stark einzuschränken. Die beiden Autorinnen haben folgendes Modell zur Strategieentwicklung von Non-Profit-Organisationen entwickelt, welches dem Aufbau des Sozialen Wertschöpfungs-Centers USZ als Leitplanke dient:

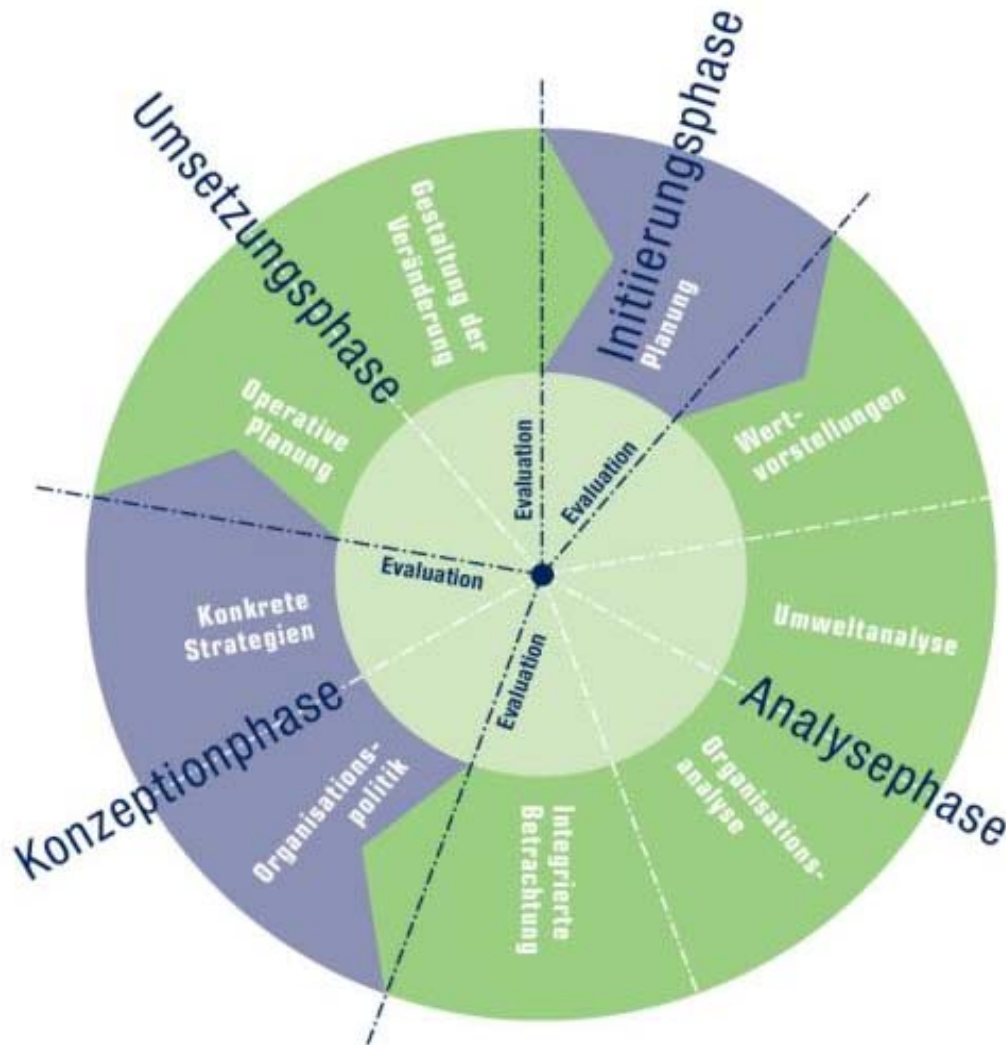


Abb. 4: Prozesse der Strategieentwicklung und -umsetzung (Sander & Bauer, 2004, S.20).

Die folgende Darstellung zeigt die konkrete Umsetzung dieses Modells, welches in Verbindung gesetzt wurde mit den Wertschöpfungs-Dimensionen „Effektivität“, „Qualität“ und „Strategie“ nach Wunderer und von Arx. Die Prozessschritte wurden durch mich als Gesamtleiterin vorgegeben, die Ergebnisse wurden unter Einbezug des gesamten Leitungsteam des Sozialdienstes USZ erarbeitet. Die einzelnen Prozessschritte und ihre Ergebnisse werden in den Kapiteln 4 bis 8 detailliert vorgestellt.

Wie sind wir vorgegangen?

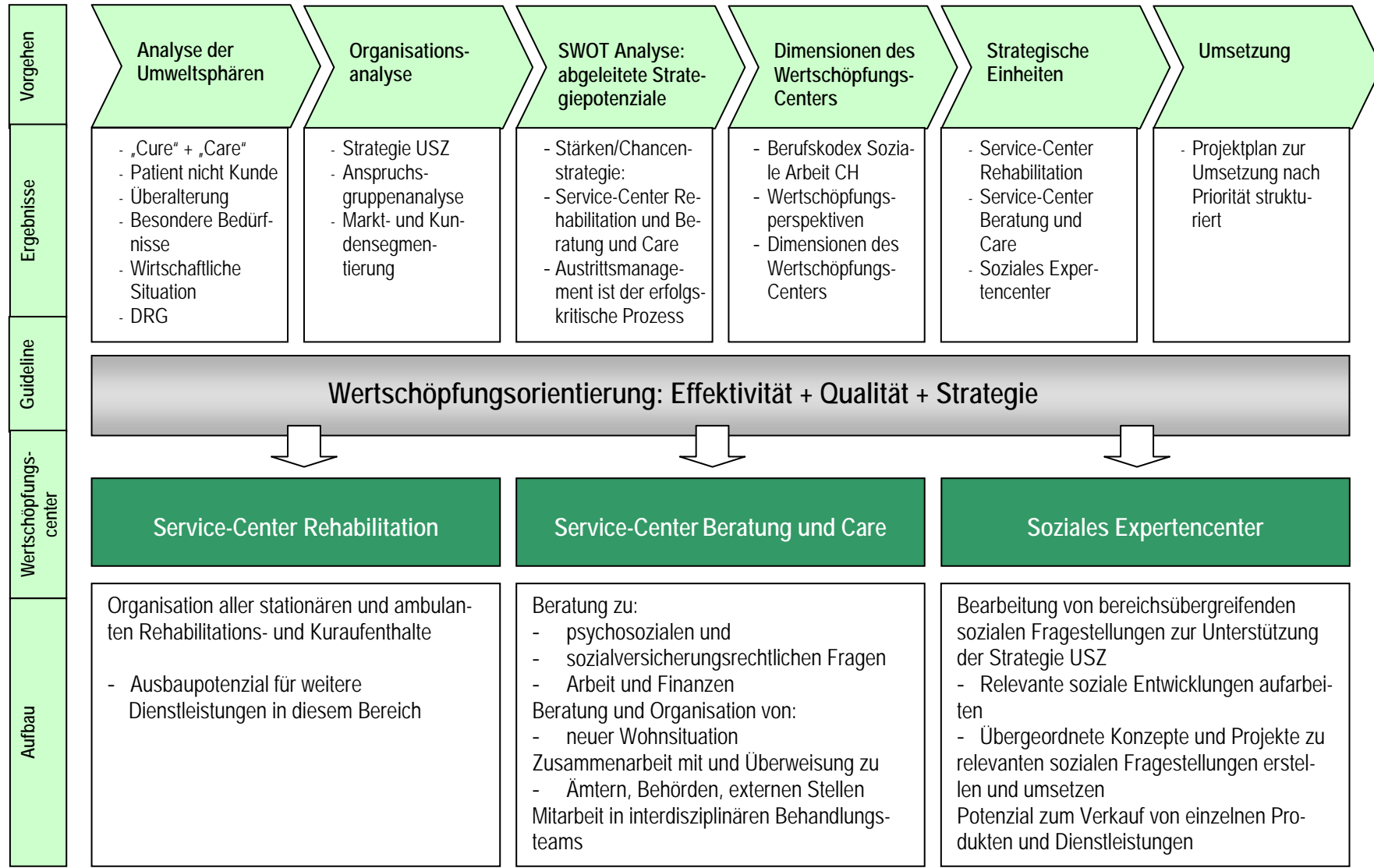
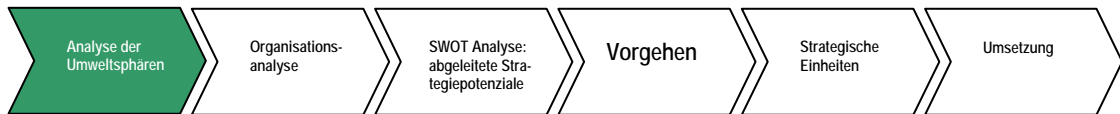


Abb. 5: Entwicklung zum Sozialen Wertschöpfungs-Center in Anlehnung an Sander/Bauer und Wunderer/von Arx. Grafik: Silvia Frost

4.1 Analyse der Umweltsphären = Makrokontext



Das Konzept und die Tätigkeiten einer Organisation können massgeblich durch Entwicklungen in der Umwelt beeinflusst werden. Rüegg-Stürm (2003, S.24 ff.) bezeichnet diesen Kontext als Umweltsphären (Gesellschaft, Natur, Technologie, Wirtschaft) einer Organisation. Diese zu beobachten und in deren Veränderungen die Chancen und Gefahren für die eigene Organisation zu erkennen, ist für den Erfolg jeder Unternehmung von hoher Bedeutung.

4.1.1 Gesellschaftliche Entwicklungen

Sozialarbeit im Spital war und ist geprägt durch das Schweizerische Gesundheitswesen, in welchem sich wiederum die Spannungsfelder der heutigen Gesellschaft widerspiegeln. Die grundlegende und aktuelle Klärung der Frage nach den zentralen Bedürfnissen und der Rolle der Patienten im Spital ist dabei von besonderer Bedeutung.

Eine ExpertInnengruppe der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), sowie der fünf Medizinischen Fakultäten hält in ihrem Bericht (2004) zu den Zielen und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts fest:

- Die Patienten wünschen sich eine naturwissenschaftliche Medizin mit all ihren Möglichkeiten = "Cure" und haben gleichzeitig „das Bedürfnis, sich in Vertrauensbeziehungen zu Fachpersonen verstanden und gehalten zu fühlen ... „= "Care".

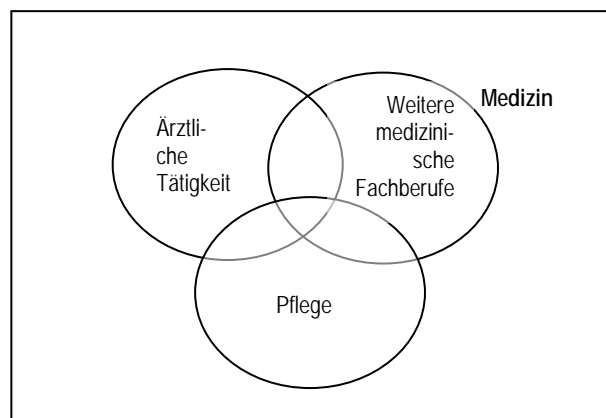


Abb. 6: Zusammenwirken der medizinischen Berufsgruppen (ExpertInnengruppe der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) sowie der fünf Medizinischen Fakultäten).

- Den unzähligen Definitionen von „Gesundheit“ ist gemeinsam, dass alleine die Abwesenheit von Krankheit noch nicht Gesundheit ist und dass Krankheit sowie Gesundheit immer eine **somatische, psychische und soziale Dimension** hat. Die Betreuung und Pflege kranker Menschen hat zudem unter Einbezug des Umfeldes zu erfolgen (vgl. S. 18ff.).

a) Der Patient ist kein Kunde

Die Klärung der Merkmale und Rolle eines Patienten ist für das Konzept des Wertschöpfungs-Centers wichtig.

Der Patient ist aus folgenden Gründen nicht einfach ein Kunde:

Ein zentrales Merkmal eines Kunden ist die Bewegung in einem Markt, welcher u.a. von Wettbewerb gekennzeichnet ist. Das Gesundheitswesen ist jedoch nicht mit einem Waren- und Dienstleistungsmarkt vergleichbar, ausser in den Bereichen Wellness und Prävention. Gesundheit ist keine frei konsumierbare Ware, sondern für jeden von uns ein existenzielles Gut, das in unserer Gesellschaft solidarisch abgestützt ist (vgl. Haller, 2008).

Im Zusammenwirken der medizinischen Leistungserbringer (Ärzte, Pflegende, Sozialarbeitende etc.) zu den Patienten als Leistungsempfänger sind gewisse Aspekte nicht käuflich. Ein rein ökonomisches Leistungserbringungs-Paradigma für einen Kunden verhindert die Erfüllung wesentlicher Bedürfnisse der Patienten als Leidende. Käppeli (2005) hält fest, dass „Kranke sich unter allen Umständen darauf verlassen wollen können, dass sich Pflegende auch in einer, der Bündnissethik⁶ entgegenwirkenden Spitalrealität möglichst kompromisslos für die Linderung ihrer Leiden einsetzen. Daraus ergibt sich eine Qualität ... die einem gesellschaftlichen Auftrag würdig ist und die gesellschaftliche Relevanz hat.“ Auch Sozialarbeit hat einen gesellschaftlichen Auftrag, welcher nicht durch rein betriebswirtschaftliche Mechanismen unterminiert werden darf.

Ebenfalls nicht durch ein Verkäufer-Käufer-Paradigma definiert, sind die Charakteristika der Leistungserbringungs- und Beziehungsgestaltung der Sozialarbeitenden zu den Patienten:

- Die Beziehung zwischen Patient/Klient und Pflege/Sozialarbeit ist häufig lang andauernd, intensiv und mit Einblicken und Eingriffen in intime Bereiche (Körperlichkeit, familiale Systeme) verbunden.

⁶ Nach Käppeli (2005) impliziert ein Bündnis-Paradigma eine moralische Verpflichtung, da es mitmenschlichen Beistand beinhaltet und das Versprechen enthält, den Patienten in seiner Not nicht im Stich zu lassen.

- Die Beziehung ist durch Regeln bestimmt, die **diskursiv** zwischen den Beteiligten entworfen werden müssen. Diese Regeln können nicht einseitig durch den professionellen Helfer oder durch den Klient/Patient definiert werden (vgl. Kunstmann, 2001). Bruhn (vgl. 2008, S.20 ff) spricht auch von der „Intangibilität“⁷ dieser Dienstleistungen. Sie sind nicht teilbar im Gegensatz zu Sachgütern, so dass Produktion und Konsumation simultan erfolgen („Uno-Actu-Prinzip“). Als Konsequenz sind die Ergebnisse dieser Dienstleistungen individuell bzw. variabel.

Der Ausschnitt aus einem Brief einer krebskranken Patientin an ihre Freundin illustriert eindrücklich die besondere Situation von Patienten: *„... über die erlebten Nebengeräusche mit Spitalstrukturen, Ärzten, Pflegefachpersonen etc. könnte ich bereits wieder ein Essay schreiben, wenn ich nicht viel zu müde wäre. Es gibt engagierte Ärzte und Fachpersonen darunter, ohne Zweifel. Allerdings sind sie die grosse Ausnahme und das Wissen um Gesprächsführung und das Niveau des Umgangs mit Menschen ist beängstigend tief. Schon lange nicht mehr waren mir die Begriffe „Verdinglichung des Menschen“ so gegenwärtig wie heute. Eine krebskranke Frau, die freitags im absolut indiskutablen Vorraum der Radio – Onkologie sass, sagt zu mir „sie komme sich wie eine Aussätzige vor.“*

b) Demographische Entwicklungen

Der Altersforscher F. Höpflinger (Sonntagszeitung vom 22.11.2009) unterscheidet zwischen „jungen Alten“ und „alten Alten“ bzw. zwischen drittem und vierten Lebensalter. Einerseits ist es erstmals in der Geschichte der Menschheit möglich, nach der Pensionierung noch eine sehr aktive Phase zu erleben, andererseits fällt es den Menschen immer schwerer, den Übergang in die Gebrechlichkeit zu akzeptieren. Er geht davon aus, dass in zehn Jahren in der Schweiz über 120'000 Menschen leben werden, die älter als 90 Jahre sind. Für die Sozialarbeit im Spital bedeutet es, mit immer mehr hochbetagten Menschen zu tun haben, für die nach der Akutbehandlung angemessene Anschlusslösungen gefunden werden müssen.

4.1.2 Wirtschaftliche Entwicklungen

Unser hoch entwickeltes Gesundheitswesen stellt so viele Leistungen für so viele Betroffene zur Verfügung wie noch nie. Die Ressourcen verknappen sich jedoch immer mehr und die wachsende Zahl neuer Ansprüche wird über kurz oder lang nicht mehr zu befriedigen sein.

Laut Santésuisse, dem Branchenverband der Schweizerischen Krankenversicherer, lag das durchschnittliche Kostenwachstum im Gesundheitswesen der letzten Jahre bei 4,4 Prozent, mit aufsteigender Tendenz. Medizinische Fachpersonen sind verpflichtet, ihre Handlungen, neben den qualitativen und ethischen, auch unter den Gesichtspunkten von Effizienz und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen.

⁷ Nichtberührbarkeit

Fallpauschalensystem Patienten:

Mit der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (Parlamentsbeschluss vom 21. Dezember 2007, in Kraft getreten am 1. Januar 2009) wurde u.a. die Grundlage für die Einführung von Fallpauschalen (engl. DRGs = *Diagnosis-Related Groups*) zur Spitalfinanzierung gelegt. Prof. D. Conen (Mitglied des Spitalrates des USZ) erläutert, dass sich der Wandel des gesamten Schweizer Gesundheitswesens massgeblich in der Einführung dieses Abrechnungssystems im Akutsomatikbereich⁸ ab 1.1.2012 zeigt. Es wird zu einer Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauer kommen, da die Spitäler nicht mehr für ihren Aufwand entschädigt werden, sondern nur noch pro Fall. In diesen *Diagnosis-Related-Groups* wird festgelegt, was z.B. eine Blinddarmoperation kostet. Behält ein Spital die Patienten länger als in der Fallpauschale festgehalten, muss sie die Mehrbelastung selber tragen. Alle Spitäler müssen ihre Kernprozesse analysieren und wenn nötig neu gestalten, mit dem Ziel der Optimierung und der Senkung der Kosten (vgl. 2009, S.4, Zeitschrift Puls 02/09).

4.2 Analyse der nahen Umwelt = Mikrokontext

Die spezifischen Auswirkungen der vorgängig beschriebenen Makrotrends zeigen sich in der Zunahme bestimmter Patientengruppen. Der Umgang mit deren Problematiken erfordert Expertenwissen, welches aufgebaut und den Anspruchsgruppen zur Verfügung gestellt werden muss.

4.2.1 Armutsbetroffene Patienten

Die Wirtschaftskrise und die Verschärfung der Bestimmungen der Invalidenversicherung (nachfolgend IV genannt) bringen immer mehr Patienten in finanziell prekäre Lebenslagen. Das USZ als öffentliches Zentrumsspital mit Versorgungsauftrag behandelt zunehmend mehr Menschen ohne Krankenversicherungsschutz. Die ausstehenden Prämienzahlungen, Franchise- und Selbstbehaltsbeiträge erlauben den Kassen, ihre Leistung zu sistieren.

Das angestrebte Ziel der 5. IV-Revision vom 6. Oktober 2006 ist die finanzielle Konsolidierung der Invalidenversicherung durch Verhinderung von Invalidität durch Wiedereingliederung von arbeitsfähigen Personen. Dies hat bereits zu einem massiven Rückgang von Neurenten geführt (vgl. Friedauer, 2007, S. 2). Eine Verlagerung der Kosten in die Sozialhilfe mit ihren schlechteren Leistungen ist die Folge. Zudem geraten Patienten vermehrt in Versorgungslücken, da Ablehnungsentscheide unmittelbar in Kraft treten.

⁸ Akute körperliche Erkrankungen

4.2.2 Patienten mit besonderen Bedürfnissen

Dem Sozialdienst werden vermehrt Patienten gemeldet, deren somatische Krankheiten mit psychischen Auffälligkeiten überlagert sind. Für die Betroffenen müssen individuelle Anschlusslösungen gesucht werden und oft ist auch Unterstützung für das Behandlungsteam gefordert.

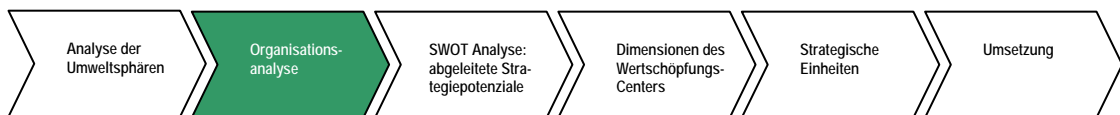
Aus verschiedenen Gründen (Verschärfung der Asylgesetzgebung etc.) hat sich die Rechts- und Aufenthaltssituation vieler Patienten verkompliziert. Die aufenthaltsrechtlichen Kategorien „Ausländer“, „Flüchtlinge“ und „Touristen“ sind durch eine Vielzahl an neuen Möglichkeiten erweitert worden. Alleine auf dem Platz Zürich wird von über 30'000 sogenannten „Sans-Papiers“ ausgegangen⁹.

4.3 Fazit

Die ungebremste Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und die Einführung der Fallpauschalen verlangen einen noch wirtschaftlicheren Umgang mit den vorhandenen Ressourcen, den Fokus auf die richtigen Dienstleistungen und die konsequente Prozessoptimierung mit Abstimmung auf den Behandlungsprozess.

Gezieltes Expertenwissen muss aufgebaut werden, um den besonderen Bedürfnissen von Patienten mit finanziellen Problemen (Leistungsaufschub der Krankenkasse, Invalidenversicherung, Sozialhilfe), mit aufenthaltsrechtlichen und psychischen Auffälligkeiten gerecht zu werden.

4.4 Organisationsanalyse



Das Soziale Wertschöpfungs-Center ist ein interner Dienstleister, welcher sich mit seinem Angebot am USZ als Primärorganisation orientieren muss.

4.4.1 Neue Strategie des USZ

Das USZ hat 2009 seine neue Dachstrategie festgelegt, welche mit verschiedenen strategischen Initiativen in den nächsten Jahren umgesetzt wird.

Bedeutsam für das Soziale Wertschöpfungs-Center ist einerseits die erklärte Absicht der Ausrichtung des USZ sowohl auf die Spitzenmedizin, als auch auf die umfassende Grundversorgung der Bevölkerung. Andererseits aber auch das Projekt „Lead“, welches ab 1.1.2010 die Bildung von neun Medizinbereichen plant und umsetzt. Diese Organisationseinheiten werden weit reichende Führungs- und

⁹„Sans-Papiers“ sind MigrantInnen, welche keine Aufenthaltspapiere besitzen (vgl. Nationale Plattform Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers, 2007).

Budgetverantwortung erhalten, damit die Führbarkeit und Agilität des USZ mit seinen rund 6100 Mitarbeitenden verbessert werden sollen. Mit spezifischen Teilstrategien der einzelnen Medizinbereiche ist künftig zu rechnen und als Soziales Wertschöpfungs-Center entsprechend darauf zu reagieren. Vorläufig gibt es noch keine konkrete Planung für den Sozialdienst.

4.5 Anspruchsgruppenanalyse

Das Soziale Wertschöpfungs-Center des USZ ist einem normativ-kritischen (ethischen) Anspruchsgruppenkonzept (Ulrich P., 2001, S. 442ff. zit. in Rüegg-Stürm, 2003, S. 30ff.) verpflichtet. Dies hält die Ansprüche aller Menschen an eine Organisation für gerechtfertigt, welche von deren positiven oder negativen Wirkungen betroffen sind. Dies schliesst eine Priorisierung der Ansprüche nicht aus. Die Kriterien richten sich nach der strategischen Ausrichtung und dem Auftrag und den Zielen Sozialer Arbeit (ethische Legitimation).

Die nachfolgende Anspruchsgruppenanalyse ist eine Selbsteinschätzung des Leitungsteams des Sozialdienstes USZ. Im Vordergrund stehen dabei die grundsätzlichen Erwartungen und Merkmale der Anspruchsgruppen. Es ist ein Mix von Erwartungen, der sich aus der Art der Leistungserbringung (Service-Dimension), der Dienstleistung selber und dem Nutzen der Dienstleistungen zusammensetzt.

Die Erwartungen und Zielsetzungen der einzelnen Anspruchsgruppen unterscheiden sich zum Teil wesentlich. Insbesondere zwischen der von den Patienten gewünschten individuell optimalen und der durch das Spital und die Kostenträger angestrebten nötigen Aufenthaltsdauer besteht eine Diskrepanz. Auch für den Sozialdienst gilt: „Allen Leuten recht getan, ist eine Kunst, die niemand kann“. Die Schnittmenge der zu erfüllenden Erwartungen liegt in der Bearbeitung von sozialen Problematiken durch das Soziale Wertschöpfungs-Center, innerhalb der durch die medizinische Behandlung vorgegebenen Zeitspanne.

Analyse der Anspruchsgruppen

Anspruchsgruppe	Erwartungen
Patienten/Angehörige >ausländ. Pat. >psychische Auffälligkeiten >Pat. mit besonderen Bedürfnissen >ältere u. hochbetagte Pat.	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialdienst (nachfolgend SOD genannt) soll Zeit haben für die Patienten und deren Situation individuell bearbeiten • Gute Information über den Stand der sozialarbeiterischen Tätigkeiten: Thema: Sicherheit, dass alles wie vereinbart abgeklärt und organisiert wird
Ärzte	<ul style="list-style-type: none"> • Freies Bett schaffen durch den SOD • SOD soll zudienen, was sie aus ihrer Sicht brauchen. Serviceorientierung wichtig. Motto: „Sofort zur Verfügung stehen“ • Expertenwissen des SOD in bestimmten Bereichen: Rechtliches im Vordergrund • Erwarten Verständnis für ihre Situation: Druck/„Sandwichposition“ der Assistenzärzte • „Übersetzungshilfe“ durch SOD beim Pat. : Kultur- und Sachthemen
Pflegende	<ul style="list-style-type: none"> • Pflege möchte selbst bestimmen, welche Unterstützung sie durch den SOD erwartet • Unterstützung hat unmittelbar zu erfolgen • Dauerndes und fortlaufendes Informationsbedürfnis • Kontrollbedürfnis in Bezug auf die Patienten und die Fachdienste. Motto: „Wir müssen Bescheid wissen“
Spitalleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Erwartet eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer(Patienten) ohne „Drehtüreffekt“ → DL des SOD sind prioritär darauf auszurichten • Erwartet Ausrichtung des Angebotes auf die Spitalstrategie: hochspezialisierte Medizin unterstützen, Servicedienstleistungen für den reibungslosen Spitalbetrieb und besonders für Privatpatienten
Kostenträger	<ul style="list-style-type: none"> • Möchten Mitsprache bezüglich Entscheid von nachstationären Massnahmen (Rehabilitationen, Kuren etc.) • Erwarten, dass SOD die kostengünstigste Lösung vorschlägt und dies mit detaillierten Abklärungen darlegt
Nachsorgende Institut.	<ul style="list-style-type: none"> • Wollen genaue Informationen über die Patienten, die sie aufnehmen • Wollen nur die „richtigen“ Patienten d.h. die, welche ihrem Angebot entsprechen • Erwarten gut organisierte Übertritte
Mitarbeitende SOD	<ul style="list-style-type: none"> • Keine weitere Fallzunahme • Klare Zuständigkeiten, Zeit und Möglichkeiten, den SOD insgesamt und die eigene Tätigkeit mitzubestimmen • Selbstständige Fallführung und persönliche und strukturelle Unterstützung (Guidelines) • Orientierungshilfe im Umgang mit divergierenden Ansprüchen

4.6 Markt- und Kundensegmentierung

Von den rund 30'000 stationären und 160'000 ambulanten Patienten, welche durch das USZ jährlich behandelt werden, müssen diejenigen erreicht werden, welche soziale Probleme haben, die sich auf den Verlauf der Behandlung auswirken **und** professionelle Unterstützung bei deren Lösung benötigen. Diesen Gesamtmarkt gilt es in verschiedene Segmente zu unterteilen, um gezielte Dienstleistungen durch das Soziale Wertschöpfungs-Center anzubieten (vgl. Zwysig, 2009).

Für diese Markt- und Kundensegmentierung wurde die Aufenthaltsdauer als der wichtigste erfolgskritische Faktor eruiert, welcher durch das Soziale Wertschöpfungs-Center zu beeinflussen ist. Dies als Konsequenz aus den strategischen Absichten des USZ (Stichwort: „integrierte Versorgung“) und der bevorstehenden Einführung von Patienten (Stichwort: „verkürzte Aufenthaltsdauer“).

Von derselben Bedeutung ist der Fokus auf die Bearbeitung von komplexen sozialen Fragestellungen, um dem Grundauftrag der Profession Sozialer Arbeit gerecht zu werden.

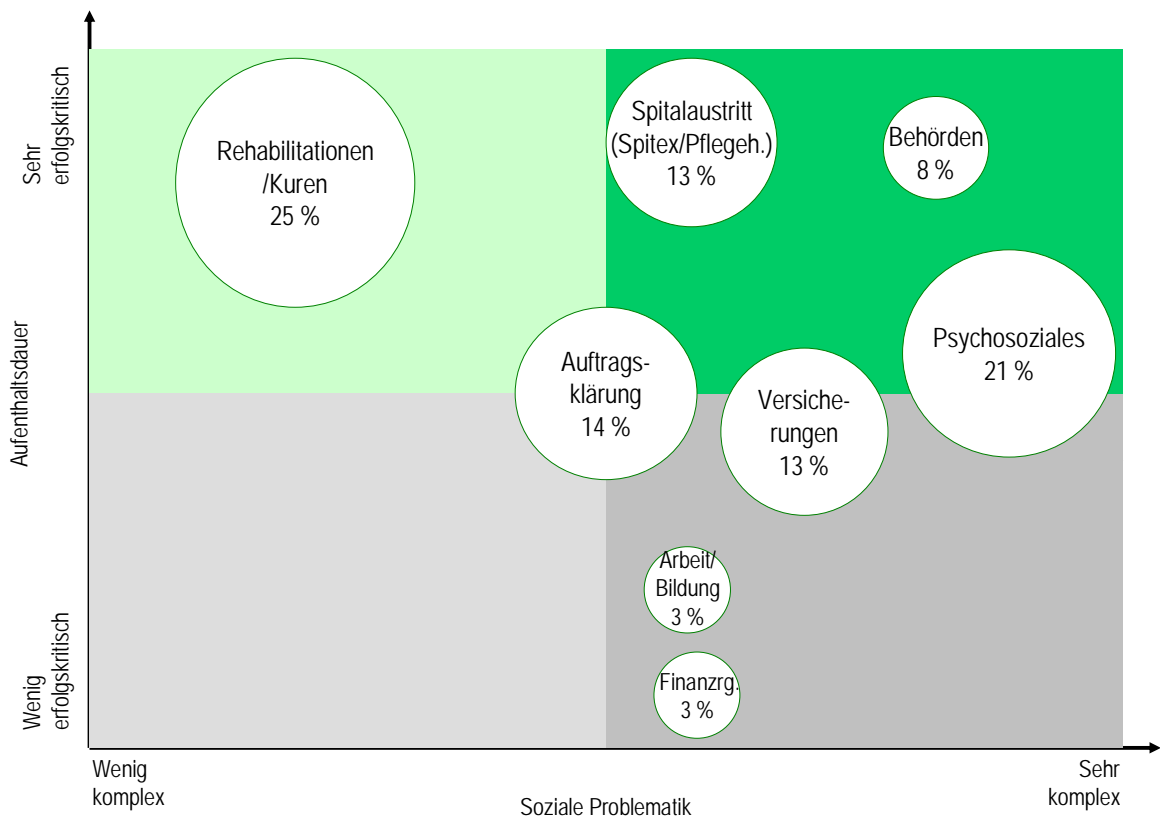
Konkret wurden in der nachfolgenden Abbildung

1. Art und Menge der Dienstleistungen des Sozialdienstes USZ im Jahr 2009

innerhalb einer Matrix mit den Achsen

2. „erfolgskritisch“¹⁰ und „Komplexität der sozialen Probleme“

zu einander in Bezug gesetzt.



Anmerkung: die Grösse der Kreise ist proportional zur Anzahl der Dienstleistungen

Abb. 7: Segmentierung der Dienstleistungen. Grafik: Silvia Frost

Fazit:

1. Priorität: komplexe und erfolgskritische Dienstleistungen und Rehabilitationen/Kuren.
2. Priorität: komplexe soziale Fragestellungen, aber nicht erfolgskritische Dienstleistungen.
3. Weder erfolgskritische noch komplexe soziale Fragestellungen werden nicht mehr erbracht.

¹⁰ Erfolgskritische Faktoren = haben einzigartigen und/oder massgeblichen Einfluss

4.7 SWOT-Analyse



Das Zusammenführen aller Erkenntnisse wurde vom Leitungsteam des Sozialdienstes USZ mit einer SWOT-Analyse¹¹ im Sinne einer integrierten Betrachtung vorgenommen, um die zukünftigen Strategiepotenziale des Sozialen Wertschöpfungs-Centers abzuleiten.

¹¹ SWOT: In einer zweidimensionalen Matrix werden die Stärken = Strengths S, die Schwächen = Weakness W, die Chancen = Opportunities O und die Gefahren = Threats T abgebildet und daraus strategische Optionen abgeleitet (vgl. Sander & Bauer, 2006, S.116).

SWOT-Analyse: Erkenntnisse aus der Anspruchsgruppenanalyse mit den abgeleiteten Strategiepotenzialen

<p>Ergebnisse der Umweltanalyse</p> <p>Ergebnisse der Organisationsanalyse</p>	<p>Chancen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verkürzte Aufenthaltsdauer → Bedarf nach Sozialen DL im Austrittsmanagement steigt - Zunahme von komplexen Situationen: >ausländische Pat., >psychisch auffällige Pat., >Pat. in wirtschaftlicher Not 	<p>Gefahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verkürzte Aufenthaltsdauer → Überlastung des SOD → SOD als Sündenbock ("niemand ist zufrieden") - Keine Anschlusslösungen für Pat., die nachstationär nicht nach Hause können „Sandwich“ zw. Ansprüchen Krankenkasse, Pat. und Spital
<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sozialversicherungsfachwissen, Expertenwissen Leistungsaufschübe - Vertieftes Fachwissen in der Organisation von Rehabilitation - Team mit verschiedenen Stärken und Vorlieben: keine eigentlichen Schwächen - Anerkannter und beliebter Fachdienst - Umfangreiche Wissensdokumentation - Grosse Bereitschaft zur Unterstützung der anderen medizinischen Fachleute im USZ = Servicebereitschaft - Stärken im Umgang mit anspruchsvollen Patienten 	<p>Durch eigene Stärken Chancen wahrnehmen:</p> <p>Nutzung des Expertenwissens (komplexe Fragestellungen) und der Monopolstellung in der Organisation von nachstationären Rehabilitationen:</p> <p>Service-Center „Rehabilitation“ aufbauen:</p> <ul style="list-style-type: none"> → optimale Prozesse mit Fokus auf die Zeit als erfolgskritischer Faktor → Dienstleistung mit grosser Nachfrage = Unterstützung der anderen medizinischen Fachleute <p>Service-Center „Beratung und Care“ aufbauen:</p> <ul style="list-style-type: none"> → gezielte Dienstleistungen für komplexe Fragestellungen und anspruchsvolle Patienten 	<p>Gefahren durch eigene Stärken abwehren:</p> <p>Priorität auf den Dienstleistungen, welche den rechtzeitigen und gut abgeklärten Austritt begünstigen</p>
<p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fehlende Definition der Kern- und darauf abgestimmten Supportprozesse - Fehlende Segmentierung der Anspruchsgruppen - Fehlende Strukturierung des Angebotes → unklare Positionierung im USZ - Zu wenig systematisches Wissensmanagement 	<p>Chancen wahrnehmen durch Beseitigung von Schwächen:</p> <p>Bildung von strategischen Geschäftseinheiten und diese systematisch bearbeiten. Entsprechendes Know-How entwickeln und halten</p> <p>Prozessmanagement aufbauen</p>	<p>Schwächen beheben, die Gefahren darstellen:</p> <p>Know-How (Prozesse, Expertenwissen) zum Austrittsmanagement systematisch entwickeln und halten</p>

Abb. 8: SWOT-Analyse. Grafik: Leitungsteam Sozialdienst USZ

4.8 Fazit

Das Soziale Wertschöpfungs-Center USZ wird sich in den nächsten Jahren an folgenden Strategiepotezialen orientieren:

1. Bildung des Sozialen Wertschöpfungs-Centers mit den Einheiten „Rehabilitation“ und „Beratung und Care“ und „Soziales Expertencenter“.
2. Innerhalb dieser Einheiten werden Dienstleistungen priorisiert, welche das Patienten – Austrittsmanagement positiv beeinflussen und / oder sozialarbeiterisch komplexe Fragestellungen bearbeiten.
3. Es wird gezieltes Know-How aufgebaut zur Bearbeitung dieser Fragestellungen, unter spezieller Berücksichtigung der Patienten mit besonderen Bedürfnissen.

5 Dimensionen des Sozialen Wertschöpfungs–Centers



Wunderer und von Arx (2002) entwickelten mit ihrem strukturell-systemischen Konzept des Wertschöpfungs-Centers für Personaldienstleistungen einen transferierbaren Ansatz für ein Soziales Wertschöpfungs-Center.

Dieses bewegt sich in drei Dimensionen und wird durch den Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz (vgl. avenir social, 2009) normativ unterlegt. Die drei Dimensionen sind aus dem modifizierten TQM-Erfolgs-Dreieck hervorgegangen und bilden die quantitativen wie qualitativen Aspekte der Wertschöpfung ab.

Das Soziale Wertschöpfungs-Center geht davon aus, dass es als interner Dienstleister das Richtige richtig tut, wenn es die drei Dimensionen Management, Service und Business konzeptualisiert und umsetzt und sich dabei an den ethischen Grundlagen und Handlungsmaximen der eigenen Berufsgruppe orientiert.

5.1.1 Management-Dimension

In der Management-Dimension des Sozialen Wertschöpfungs-Centers werden die gesamten strategischen Aufgaben des Centers erarbeitet, abgebildet und deren Umsetzung sichergestellt.

Diese werden im Auftrag der Unternehmensleitung ausgeführt und sichern die Effektivität. Die Ermittlung von erfolgskritischen Aktivitäten ist von entscheidender Bedeutung, da sich die Wertschöpfung u. a. dadurch ausweisen lässt, dass die Tätigkeiten auf die Gesamtunternehmensstrategie des USZ ausgerichtet sind:

- In der Management-Dimension werden die interne Marktsituation und das Dienstleistungsangebot untersucht, geplant, entwickelt und dessen Nutzen ermittelt und
- die relevanten sozialen Entwicklungen, welche einen Einfluss auf die Aufgaben des Universitätsspitals haben, beobachtet und ausgewertet. Ein Frühwarnsystem und Reporting muss aufgebaut werden.

Aktuelles Beispiel ist die stete Zunahme von Patienten mit finanziellen Schwierigkeiten, welche in der Folge ihre Krankenkassenprämien nicht bezahlen (können). Der daraufhin durch die Versicherungsträger verhängte Leistungsaufschub beschert dem USZ zunehmend mehr Patienten, deren Behandlungskosten nicht gedeckt sind.

5.1.2 Service-Dimension

Der Optimierung der Servicequalität gilt es im Wertschöpfungs-Center besondere Beachtung zu schenken, da sie zur Steigerung der Effizienz beiträgt.

In der Service-Dimension des Wertschöpfungs-Centers wird das Augenmerk auf

- das kunden- und qualitätsorientierte **Verhalten** in der Leistungserbringung der Sozialarbeitenden und
- die bedürfnis- und bedarfsgerechte, innovative, flexible, professionelle und problemlösungsorientierte **Unterstützung** der wesentlichen Bezugsgruppen gerichtet.

Zielkonflikte zwischen einzelnen Anspruchsgruppen sind dabei vorprogrammiert, da die Bestrebungen des Spitalbetriebes teilweise im Widerspruch zu denen der Patienten stehen. Nach Abschluss der Akutbehandlung ist der Auftrag einer universitären Klinik eigentlich erfüllt. Dies ist für Patienten meist kein Problem, wenn sie anschliessend in ihre gewohnte Umgebung zurückkehren können. Sobald dies nicht möglich ist oder nur mit Unterstützung, sei dies durch die Familie oder durch professionelle Dienste, stellt dies für die Betroffenen ein einschneidendes Lebensereignis dar. Die Bewältigung die-

ser Krise und die Neuorganisation des nachstationären Lebens brauchen Zeit, die im Spitalbetrieb häufig nicht ausreichend zur Verfügung steht.

Zielkonflikte mit den Krankenkassen als wichtigste Kostenträger prägen den Alltag in hohem Masse: Im Extremfall strebt das Spital eine Nachbehandlung des Patienten in einer stationären Rehabilitationsklinik an, dieser möchte jedoch nur zur Kur und die Krankenkasse ist der Ansicht, dass er nach Hause kann.

Den Sozialarbeitenden kommt dabei eine vermittelnde Rolle zu, wobei sie sich an der Menschenwürde und dem Recht auf Selbstbestimmung als zentrale Werte orientieren.

Die Ausgestaltung der Service-Dimension hängt im Besonderen von kulturellen Erfolgsfaktoren ab: Wenn Sozialarbeitende die Bedeutung der Service-Dimension bei der Erbringung von sozialen Dienstleistungen anerkennen und in entsprechendes Handeln umsetzen, leisten sie einen wesentlichen Beitrag zur Gesamtwertschöpfung.

In der Service-Dimension werden zudem alle Marketingaktivitäten geplant, umgesetzt und ausgewertet. Diese gezielte Kommunikation und die Prozessdefinition unterstützen die angestrebte Positionierung des Sozialen Wertschöpfungs-Centers.

5.1.3 Business-Dimension

Unter der Business-Dimension werden alle Aktivitäten zur finanziellen Steuerung des Wertschöpfungs-Centers subsumiert. Der Sozialdienst ist heute als Expense-/Cost-Center organisiert d.h. er hat ein Aufwandbudget zur Verfügung, welches in den einzelnen Positionen jeweils nicht überschritten werden darf. Es ist nicht möglich, Rückstellungen z.B. bei den Personalkosten durch Unterschreitung des Budgets zu generieren. Die Potenziale zur zusätzlichen Ertragsgenerierung müssen auf ihre Umsetzbarkeit geprüft werden.

5.1.4 Berufskodex der Professionellen Sozialen Arbeit Schweiz

Der Berufskodex bildet die normative Grundlage des Sozialen Wertschöpfungs-Centers, in dem er den berufsspezifischen Auftrag, den Gegenstand Sozialer Arbeit und die Werte, welche dieser Profession zu Grunde liegen definiert. Die wichtigsten Aspekte für die Spitalsozialarbeit sind folgende:

Professionelle Sozialarbeit wird als „ein **gesellschaftlicher Beitrag**, insbesondere an diejenigen Menschen oder Gruppen, die vorübergehend oder dauernd in ihrem Lebensvollzug illegitim eingeschränkt sind oder deren Zugang zu und Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen ungenügend ist“ verstanden (Avenir social, 2009, S.6).

Zum Auftrag der professionellen Sozialen Arbeit gehört es, Lösungen zu finden, welche **soziale Notlagen von Menschen** verhindern, beseitigen oder lindern. Dieser Auftrag fusst auf der Grundidee der gerechten sozialen Gesellschaft, zu der Sozialarbeit einen Beitrag leistet (Avenir social, 2009, S.3). Die Verhinderung von gesellschaftlicher Desintegration oder die Unterstützung der Wiederintegration stehen bei der Spitalsozialarbeit im Vordergrund.

Soziale Probleme als Gegenstand der Sozialarbeit (vgl. Geiser, 1997 und Lüssi, 1995, in Schmid & Schmid 1998, S. 33ff.) werden konkretisiert durch den **Sozialen Sachverhalt**. Es werden acht Bedürfnisobjekte benannt, in denen sich soziale Probleme bei Patienten zeigen können:

• Unterkunft:	Der Patient verfügt nicht oder über eine ungenügende Unterkunft.
• Nahrung:	Der Patient kann sich nach dem Spitalaustritt nicht selber verpflegen.
• Gebrauchsgegenstände:	Der Patient benötigt z.B. Kleidung, bestimmtes Mobiliar oder andere Hilfsmittel nach dem Spitalaustritt.
• Geld:	Der Lebensunterhalt ist nicht mehr gesichert.
• Erwerbsarbeit:	Krankheit/Unfall und Mutterschaft können zum Verlust des Arbeitsplatzes führen.
• Erziehung:	Eltern brauchen Unterstützung in der Erziehung und Betreuung der Kinder oder diese muss durch Dritte wahrgenommen werden.
• Betreuung:	Der Patient kann betreuungsbedürftig sein oder werden.
• Verhältnis zu notwend. Bezugspersonen:	Der Patient braucht Unterstützung oder Betreuung durch relevante Bezugspersonen.

Ein sozialer Sachverhalt wird erst zum sozialen Problem, welcher professioneller Sozialarbeit bedarf, wenn folgende **Problemmerkmale** zutreffen:

- Er muss für die betroffene Person mit „Not“ im Sinne von unzumutbarer Beschwerneis verbunden sein.
- Er wird von der betroffenen Person als subjektive Belastung erlebt.
- Das Problem muss schwierig sein, so dass es nur mit fachlicher Kompetenz gelöst werden kann.

Professionelle Sozialarbeit ist immer durch **Dilemmata** gekennzeichnet, welche sich in verschiedenen Spannungsfeldern zeigen. Der Umgang mit Interessenwidersprüchen und das Zurechtfinden in Loyalitätskonflikten werden als Teil der Sozialen Arbeit verstanden (Avenir social, 2009, S.4).

Die Spitalsozialarbeit ist besonders vom Spannungsfeld betroffen, welches unter der „Service-Dimension“ in Kapitel 5.1.2 ausgeführt ist. Ausserdem führt das Selbstbestimmungsrecht der Patienten als hoch geschütztes Gut zu Dilemmata, da dieses immer wieder eingeschränkt und im Sinne der Fürsorgepflicht auch gegen den Willen des Patienten gehandelt werden muss. Dies zeigt sich besonders eindrücklich in der Geburtshilfe, wenn Mütter ihre neugeborenen Kinder nicht nach Hause nehmen dürfen, weil ihre Fähigkeiten, für das Kind zu sorgen als nicht ausreichend eingeschätzt werden und die nötigen rechtlichen Schritte gegen ihren Willen eingeleitet werden müssen.

5.1.5 Fazit

Das Soziale Wertschöpfungs-Center ist einerseits dem gesellschaftlichen Grundauftrag verpflichtet, Soziale Probleme zu bearbeiten und damit einen Beitrag zur sozialen Gerechtigkeit zu leisten. Der Umgang mit den daraus resultierenden Spannungsfeldern und Dilemmata – durch das Aufeinandertreffen unterschiedlicher Bedürfnisse und Erwartungen – gehört explizit zur Profession Sozialer Arbeit dazu.

Das Soziale Wertschöpfungs-Center hat sich andererseits an den drei Dimensionen der Wertschöpfung auszurichten: Management, Service und Business. Im Konzept muss klar ersichtlich sein, dass die Tätigkeiten auf die Anspruchsgruppen und die strategischen Ziele der Gesamtunternehmung ausgerichtet sind. Diese Tätigkeiten müssen qualitätsorientiert und effizient erbracht werden. Ein besonderes Augenmerk gilt der Erfassung und Aufbereitung sozialer Problematiken, welche für das gesamte Spital erfolgskritische Bedeutung haben.

Die drei Einheiten des Wertschöpfungs-Centers unterscheiden sich im Grundsatz um den sozialen Gegenstand (Was wird bearbeitet?), den sie bearbeiten. Den jeweiligen Gegenstand zu definieren ist bedeutsam, da er die Leitplanke auch für zukünftige Weiterentwicklungen ist.

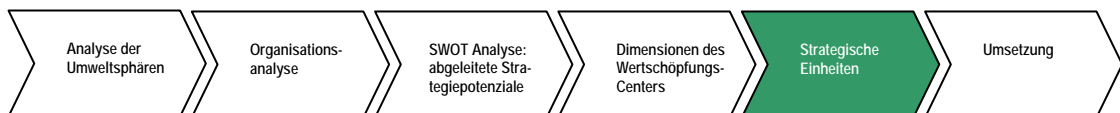
5.2 Vorgehen

Das nachfolgende Grobkonzept ist das Resultat der vorgängig in dieser Arbeit dargelegten Entwicklungsschritte zum Sozialen Wertschöpfungs-Center. Einige Grundlagen wurden unter Mithilfe des gesamten Leitungsteams des Sozialdienstes USZ erarbeitet und/oder beruhen auf statistischen Fakten der aktuellen Situation des Sozialdienstes USZ. Diese sind mit IST bezeichnet. Die noch zu erarbeitenden Elemente des zukünftigen Sozialen Wertschöpfungs-Centers sind mit SOLL bezeichnet. Im TQM, das dem Wertschöpfungs-Center zu Grunde liegenden Qualitätsmodell, spielt die Qualitätskultur eine entscheidende Rolle. Der Einbezug der Mitarbeitenden ist dabei von grösster Wichtigkeit, da Qualität letztendlich nur erarbeitet, gehalten und weiterentwickelt werden kann, wenn dies durch jeden Einzelnen geschieht. Qualität wird auch als Resultat eines Aushandlungsprozesses verstanden und ist

somit relativ und kein absoluter Wert. Die Projektskizze (im Anhang) zur Erarbeitung des Gesamtkonzeptes unter Einbezug des gesamten Teams zeigt die empfohlenen nächsten Schritte auf.

In jedem der drei Center werden der Beitrag zur Unternehmenssicherung (Management-Dimension), der Kunden- und Patientennutzen (Service-Dimension) und der monetäre Aspekt (Business-Dimension) dargelegt.

6 Service-Center Rehabilitation



Im Service-Center Rehabilitation werden alle nachstationären Rehabilitations- und Kuraufenthalte für Patienten des USZ organisiert. Dies ist eine soziale Fragestellung, doch meist kein soziales Problem im eigentlichen Sinne. Dies tritt manchmal erst im Laufe der Rehabilitationsorganisation zu Tage. Die Langzeitperspektive der betroffenen Patienten nach dem Rehabilitations- oder Kuraufenthalt kann ebenfalls ein soziales Problem darstellen. Rehabilitations- und Kuraufenthalte zu organisieren ist ein traditioneller Arbeitsbereich der Spitalsozialarbeit; es besteht ein hoher Bedarf daran und ist eine sehr erfolgskritische Dienstleistung. Aus diesen Gründen wird diese Dienstleistung auch im Sozialen Wertschöpfungs-Center angeboten, jedoch in einem eigenen Service-Center. Dies hat folgende Vorteile:

- Entschärfung des Imageproblems (Stichwort Sozialdienst = „Soziales Reisebüro“) durch die Abkoppelung.
- Definition eigener Qualitätskriterien und Standards, welche insbesondere der absolut wichtigen Prozessgeschwindigkeit Rechnung tragen.
- Die Möglichkeit zur Senkung des Aufwandes durch Erfüllung von Teilschritten durch Sachbearbeitende. Die freigesetzten sozialarbeiterischen Ressourcen können im Service-Center Beratung und Care eingesetzt werden.

6.1 Management-Dimension

In der Management-Dimension des Wertschöpfungs-Centers werden die Strategie- und Effektivitätsorientierung fokussiert und folgendermassen umgesetzt:

6.1.1 Dienstleistung und Ziel

(Die nachfolgenden Ziele und Werte wurden aus der Optik des Teams des Service -Centers Rehabilitation formuliert)

Wir sind ein Team von Sozialarbeitenden und Sachbearbeitenden, welches für alle stationären und ambulanten Patienten des Universitätsspitals Zürich ärztlich verordnete ambulante und stationäre Rehabilitations- und Kuraufenthalte organisiert.

Das Ziel ist ein gut vorbereiteter, optimal koordinierter und zum richtigen Zeitpunkt erfolgter Übertritt in die passende Institution.

6.1.2 Leitwerte

Die Organisation von Rehabilitations- und Kuraufhalten erfolgt unter Berücksichtigung folgender Werte:

Selbstbestimmungsrecht: Wir respektieren das grundsätzliche Selbstbestimmungsrecht der Patienten in Bezug auf die Wahl ihrer nachstationären Rehabilitationseinrichtung.

Ärztliche Vorgaben: Wir richten uns in der Beratung bezüglich der Wahl der Rehabilitationseinrichtung nach den ärztlichen Vorgaben und Informationen, welche das Rehabilitationsziel und das Rehabilitationspotenzial definieren und die wesentlichen medizinischen Befunde enthalten.

Respektvolles Vorgehen: Die Beratung gestalten wir respektvoll gegenüber der Befindlichkeit der Patienten. Dem guten Übergang von der stationären zur nachstationären Behandlung messen wir hohe Bedeutung zu, um den Behandlungsverlauf optimal zu unterstützen.

Qualitäts- und Kostenbewusstsein: Wir streben hohe Dienstleistungs- und Ergebnisqualität an und handeln dabei kostenbewusst, sowohl in Bezug auf das USZ als auch gegenüber den Kostenträgern.

6.1.3 Interne Marktsituation

Die Analyse der internen Marktsituation¹² dient als Grundlage, um die passenden Dienstleistungen festzulegen. Dabei geht es insbesondere darum, die Zielgruppen und ihre Bedürfnisse gut zu kennen. Die Anzahl und Art der Dienstleistungen und die Merkmale der Patienten bilden die Grundlage für die Dienstleistungsprozesse, die Personalplanung und das erforderliche Know-How für die Leistungserbringung.

¹² Der Markt sind alle Patienten, im Sinne von „Markt-Volumen“ = tatsächlicher Umsatz aller Anbieter auf dem Markt (vgl. Trösch, 2009, Folie 22, S.11).

a) Quantitativ: Bedarf an Dienstleistungen des Service-Centers Rehabilitation

IST: Aktuell wurden im Jahr 2009 2213 Rehabilitationen und ca. 300 Kuren durch den Sozialdienst USZ organisiert (unklar ist, wie viele Rehabilitations- und Kuraufenthalte zusätzlich durch die Kliniken direkt organisiert wurden). Davon sind 1406 sogenannte einfache Rehabilitationen, welche allenfalls zusätzlichen Abklärungsaufwand bezüglich der Kostendeckung erfordern (im Diagramm mit den sozialdienstinternen Dienstleistungsnummern 1.1. und 2.3. gekennzeichnet). 807 Rehabilitationsdienstleistungen waren mit zusätzlichen Dienstleistungen gekoppelt (im Diagramm mit den sozialdienstinternen Dienstleistungsnummern 1.1. + mehrere DL gekennzeichnet). Zusätzlich zur Anzahl DL wurde der zeitliche Aufwand zur Erbringung dargestellt.

Anzahl einfache und komplexe Fälle und zeitlicher Aufwand

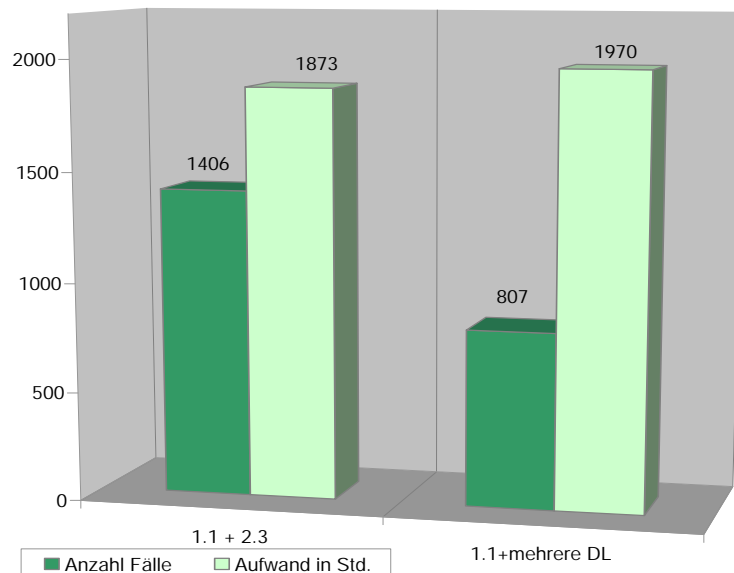
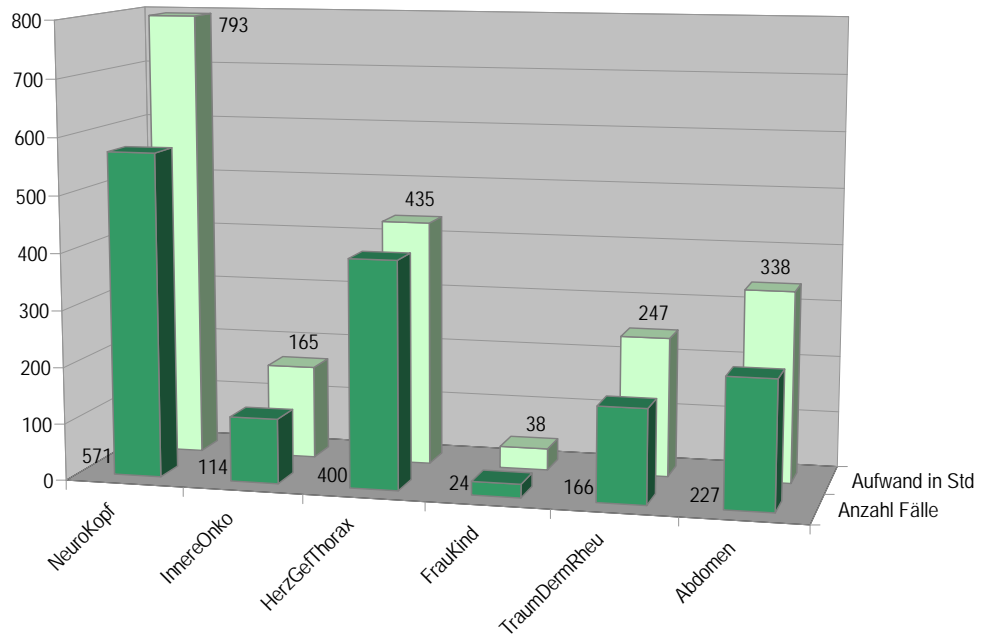


Abb. 9: Service-Center Rehabilitation: Anzahl Fälle und zeitlicher Aufwand. Quelle: Sozialdienst USZ

Aufteilung der einfachen Rehabilitationen auf die sechs klinischen Medizinbereiche



NeuroKopf: Anatomische Region Neuro-Kopf
InnereOnko: Verwandte Disziplinen Innere Medizin – Onkologie
HerzGefThorax: Anatomische Region Herz-Gefäss-Thorax

FrauKind: Einheitliche Patientengruppe Frau – Kind
TraumDermRheu: Spezielle Therapie Trauma – Derma – Rheuma
Abdomen: Anatomische Region Abdomen

Abb. 10: Service-Center Rehabilitation: Anzahl Fälle mit einfachen Dienstleistungen und zeitlicher Aufwand pro Medizinbereich. Quelle: Sozialdienst USZ

Aufteilung der komplexen Rehabilitationen auf die sechs klinischen Medizinbereiche

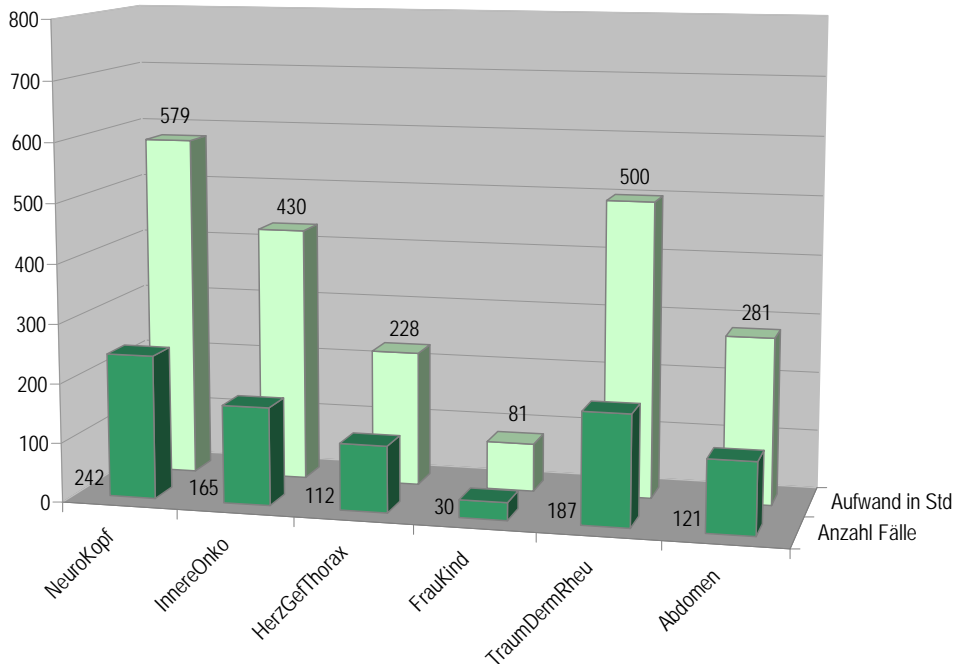


Abb. 11: Service-Center Rehabilitation: Anzahl Fälle mit komplexen Dienstleistungen und zeitlicher Aufwand pro Medizinbereich. Quelle: Sozialdienst USZ

SOLL: Es muss noch eruiert werden, welche Anteile des Aufwandes nicht sozialarbeiterisch sind und zukünftig durch Sachbearbeitende ausgeführt werden können.

b) Qualitativ: Analyse der Patientenmerkmale

Knorr und Halfar (2000, S. 78ff.) definieren den „Standardfall voll formalisierbar“ als wenig komplex, mit hoher Planbarkeit, dessen Lösungsweg genau definiert ist. Diesen Standardfall gilt es individuell mit den Medizinbereichen zu identifizieren und zu definieren. Der abgeleitete Prozess dient als Leitplanke, an der sich alle Standardabweichungen orientieren.

Die nachfolgenden Patientengruppen gilt es besonders zu beachten, da sich daraus Fälle mit einer hohen Komplexität mit niedriger Planbarkeit entwickeln können:

- Patienten ohne Kostendeckung
- Ausländische Patienten
- Patienten mit Komorbiditäten¹³, insbesondere Überlagerung der somatischen Erkrankung mit psychischen Auffälligkeiten
- Ältere Patienten: Fokus auf die längerfristige Perspektive

6.1.4 Methoden der Leistungserbringung

Basis jedes sozialarbeiterischen Handelns ist die Sozialanamnese¹⁴. Die bei der Anmeldung ins Service-Center Rehabilitation verfügbaren familiären, rechtlichen, finanziellen und beruflichen Daten bilden die Grundlage zur Erfassung der sozialen Situationsanalyse. Diese soll im Sinne von Ausschlusskriterien erstellt werden, damit keine wesentlichen Aspekte übersehen werden. Dabei soll sie mit folgendem Fokus erhoben werden:

- Gibt es in der Lebenssituation des Patienten, welcher einen Rehabilitations- oder Kuraufenthalt benötigt soziale Belange, welche sich auf die Aufenthaltsdauer auswirken?

und/oder

- Gibt es soziale Probleme, welche der Definition „Not“, „grosse subjektive Belastung“ und „nur mit professioneller Unterstützung lösbar“ entsprechen?

Anschliessend muss entschieden werden, wer und auf welche Weise diese Probleme bearbeitet.

¹³ Doppel- oder Mehrfachdiagnosen

¹⁴ die ermittelte Vorgeschichte eines Patienten im Bezug auf seine aktuelle Erkrankung

Wesentliche Methoden in der Spitalsozialarbeit sind das Casemanagement¹⁵, die systemische und lösungsorientierte Beratung und die Kenntnisse in der Krisenintervention.

6.1.5 Strukturelle Bedingungen

Ein gut funktionierendes Service-Center Rehabilitation benötigt strukturelle Voraussetzungen durch das USZ als Gesamtorganisation, damit es verankert ist in den Behandlungsabläufen. Verbindliche Kommunikationsstrukturen sind dabei von entscheidender Bedeutung:

- Die Pflege verfügt über zwei Instrumente, welche systematisch im Pflegeprozess eingesetzt werden. In ihrem pflegerischen Basisassessment, welches unmittelbar nach Spitaleintritt mit dem Patienten erstellt wird, besteht noch Potenzial zur Erfassung wesentlicher sozialer Merkmale. Dasselbe gilt für das später gezielter erstellte Fokusassessment, welches auf die Eruierung spezifischer, vor allem pflegerischer Probleme ausgerichtet ist.
- Die Integration der Rehabilitationsprozesse in definierte Patientenpfade, wo dies nötig ist. Die Definition von Patientengruppen, welche mit grosser Wahrscheinlichkeit soziale Probleme haben oder im Laufe der Behandlung entwickeln, ist wichtig.
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen, Sozialrapporte und Sozialvisiten sind je nach Patientengruppe ebenfalls geeignete Gefässe zur strukturellen Integration.
- Optimale Effizienz der Dienstleistungserbringung durch die unmittelbare Auslösung der Rehabilitationsorganisation nach der Patientenberatung durch die Sozialarbeitenden mittels direkter elektronischer Verbindung zum Backoffice des Service-Centers Rehabilitation.

6.1.6 Koordination und Kooperation mit externen Partnern

Rehabilitationskliniken, Kurhäuser, ambulante Einrichtungen und Kostenträger sind wichtige externe Partner. Die guten Kenntnisse des jeweiligen Leistungsspektrums und Anregungen, allenfalls auch gezielte Unterstützung zu deren kontinuierlichen Weiterentwicklung sind von grosser Bedeutung, um den optimalen Austrittsprozess im USZ zu unterstützen.

6.1.7 Evaluation der Leistungen

Prozessanalyse: IST: Die Prozessauswertungen aller durch den Sozialdienst organisierten Rehabilitationsaufenthalte in zwei ausgewählten Kliniken zeigten ein stark verbesserungswürdiges Bild: Etwa 60 % aller Patienten verlassen aus verschiedenen Gründen nicht zum erwünschten und optimalen Zeitpunkt das USZ (meist zu spät). **SOLL:** Eine differenzierte Prozessanalyse und die Einleitung ge-

¹⁵ Ist ein systematisches Verfahren zur Fall- und Systemsteuerung. Hierzu wird ein zielgerichteter Prozess initiiert, bei dem der Casemanager über eine bestimmte Zeitspanne die Verantwortung für die Koordination der Versorgung eines Klienten übernimmt (vgl. Leber & Woodtly, 2009).

zieller Verbesserungsmassnahmen, zusammen mit den Verantwortlichen, auf Grund der Erkenntnisse in den beiden Kliniken, müssen noch erfolgen.

Zufriedenheit der Patienten: IST: Es wurden bis jetzt keine systematischen Erhebungen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit im Zusammenhang mit dem Sozialdienst und dessen Rehabilitationsdienstleistungen erhoben. **SOLL:** Mittels geeigneter noch zu entwickelnder Instrumente wird die Patientenzufriedenheit erhoben.

Zufriedenheit der Anspruchsgruppen: IST: Es wurden bis jetzt keine systematischen Erhebungen zur Zufriedenheit der wichtigsten Anspruchsgruppen im Zusammenhang mit dem Sozialdienst und dessen Rehabilitationsdienstleistungen erhoben. **SOLL:** Die Befragung der wichtigsten Anspruchsgruppen (Ärzte, Pflegende, Kostenträger, Rehabilitationseinrichtungen) dient der Evaluation der Leistungen des Service-Centers Rehabilitation.

6.1.8 Ausbaupotenzial

Die Patienten werden nach dem Austritt nicht mehr weiter betreut, obwohl viele Langzeitkranke, insbesondere auch onkologisch Erkrankte, über kurz oder lang wieder im USZ behandelt werden. Es könnten innerhalb des Service-Centers Rehabilitation sogenannte Reha-Coaches eingesetzt werden, welche im Sinne eines Case Managements erste Ansprechpersonen für diese Patienten bleiben.

6.2 Service-Dimension

In der Service-Dimension wird die Qualitäts- und Dienstleistungsorientierung fokussiert, welche mit folgenden Erfolgsfaktoren konkretisiert wird:

6.2.1 Qualitätstandards in den Unterstützungsfunktionen

Aus der Anspruchsgruppenanalyse ergeben sich folgende Erkenntnisse zur gezielten Unterstützung des medizinischen Behandlungsteams:

- Die Anmeldung wird sofort (spätestens innert 24 Stunden während der regulären Arbeitswoche) in Bearbeitung genommen.
- Die Erreichbarkeit bei Rückfragen und die fortlaufende Information der Ärzte und Pflegenden über den Stand der Fallbearbeitung werden durch geeignete Massnahmen (Telefon, elektronisches Klinikinformationssystem, nachfolgend Kisim genannt) sichergestellt.
- Das Team des Service-Centers unterstützt das medizinische Behandlungsteam in der Förderung der Compliance¹⁶ der Patienten durch sein respektvolles und transparentes Vorgehen.

¹⁶ Unter Compliance wird in der Medizin die Bereitschaft eines Patienten verstanden, an den vom Arzt vorgeschlagenen Massnahmen aktiv mitzuarbeiten.

- Das Team des Service-Centers garantiert den Patienten eine zugewandte, individuelle Beratung und absolute Zuverlässigkeit in der Organisation des Rehabilitations- und Kuraufenthaltes.
- Die Zusammenarbeit mit den externen Partnern (Einrichtungen und Kostenträgern) wird fortlaufend gepflegt, damit Verbindlichkeiten und Vertrauen aufgebaut und erhalten werden können. Probleme in der Zusammenarbeit werden aktiv angegangen.

Qualität wird immer auch durch die Erwartungen oder Bewertungen des Dienstleistungsempfängers definiert. Damit diese überhaupt beurteilt werden kann, müssen Instrumente in Form von Kriterien und Standards definiert werden. Kriterien nach Cranowsky und Hurter (vgl. Schmid & Schmid, 1998, S. 15) sind „etablierte Merkmale/Eigenschaften der Struktur, des Prozesses und der Ergebnisse einer Dienstleistung/eines Produktes, die entscheidenden Einfluss auf die Beurteilung von Qualität haben. Sie müssen messbar oder quantifizierbar, mindestens aber beobachtbar sein“. Standards hingegen „bezeichnen die genaue Menge, den Grad der Erfüllung eines Kriteriums für ein in einem speziellen Betrieb angemessenes, annehmbares und optimales Qualitätsniveau“ (vgl. Cranowsky & Hurter, 1996, in Schmid & Schmid, 1998, S. 15.).

Das Service-Center Rehabilitation muss diese Instrumente, im Sinne von Kriterien und Standards noch entwickeln, um die angestrebte Unterstützungsqualität sicherzustellen.

6.2.2 Wissen und Kompetenz

Das Team verfügt über spezifisches Wissen bezüglich

- den Therapien und der Ausstattung der Rehabilitationseinrichtungen und Kurhäuser. Es kann den Ärzten, den Pflegenden und den Patienten kompetent die spezifischen Merkmale und Unterschiede aufzeigen. Diese Kompetenz muss fortlaufend aktualisiert werden.
- dem Umgang mit Kostenträgern und Versicherungsdeckungen.
- ausländischen Patienten: Dabei steht die Kompetenz zur Erkennung der Möglichkeiten und Grenzen des Rehabilitationsteams im Vordergrund: Die sofortige Differenzierung zwischen Patienten, welche in der Schweiz oder im grenznahen Deutschland rehabilitiert werden können und solchen, welche ins Herkunftsland zurückgeführt werden müssen, ist dabei besonders wichtig.
- den Krankheitsbildern, welche spezielle Therapien und Einrichtungen benötigen.

6.2.3 Prozesse

SOLL: Die Definition des Kernprozesses der Dienstleistungserbringung durch das Service-Center Rehabilitation. Dieser Prozess orientiert sich am Patientenpfad:



Abb. 12: Patientenpfad. Grafik: Silvia Frost

Die durch das Service-Center Rehabilitation zu erbringenden Leistungen sind in jeder Phase zu bestimmen. Dies gibt dem Serviceteam und den Ärzten und Pflegenden Klarheit, wann was veranlasst werden muss, damit es zum gewünschten Austrittszeitpunkt führt. Einen Rehabilitationsaufenthalt zu organisieren braucht durchschnittlich 5–7 Tage.

Eine wichtige Frage, die mit dem gesamten Sozialdienstteam geklärt werden muss: Bearbeitet das Rehabilitations-Team alle Anfragen, auch wenn zusätzliche oder im Laufe der Bearbeitung andere Dienstleistungen nötig werden? Arbeiten zwei Sozialarbeitende an einem Fall? Soll bei erweiterter Fragestellung der Fall als Ganzes abgegeben werden? Welche Aufgaben übernehmen Administrationsmitarbeitende?

SOLL: Es fehlen systematische Screeninginstrumente¹⁷ zur rechtzeitigen Erfassung des Rehabilitations-Bedarfes durch die Ärzte. Es besteht die Vermutung, dass je nach Klinik unterschiedlich vorgegangen wird, nicht systematisch und nicht standardisiert. Das Soziale Expertencenter kann den Medizinbereichen Unterstützung in der Definition von geeigneten Kriterien und in der Erarbeitung von klinik-internen Prozessen bis zur Anmeldung im Service-Center Rehabilitation anbieten. In der Klinik für Herz- und Gefässchirurgie wurde dazu unter der Leitung des Sozialdienstes im Jahr 2009 ein interdisziplinäres Pilotprojekt gestartet. Als erstes Resultat wurde ein Standardprozess für Patienten bestimmter Diagnosegruppen definiert, deren zu erwartende stationäre Rehabilitation schon vor dem geplanten Spitaleintritt eingeleitet werden kann.

6.2.4 Dienstleistungsmarketing: Informationen für Ärzte und Pflegende

- Nach erfolgter Anmeldung im Service-Center Rehabilitation beginnt das Team mit der Bearbeitung: während der regulären Arbeitswoche und der regulären Bürozeiten unmittelbar nach Anmeldungseingang via elektronischem Klinikinformationssystem, spätestens jedoch innert 24 Stunden.

¹⁷ Englisch für: Durchsiebung, Rasterung, Selektion, Durchleuchten.

- Das Team klärt die Kostendeckung bei den Kostenträgern ab und berät den Patienten anschließend über seine Wahlmöglichkeiten, unter Berücksichtigung der medizinischen Indikation.
- Sobald sich der Patient entschieden hat, wird die Anmeldung in der Klinik oder dem Kurhaus in die Wege geleitet.
- Wir informieren laufend über den Stand der Rehabilitationsorganisation: Das medizinische Behandlungsteam via Kisim, den Patienten entweder direkt oder durch seine Bezugspflegerinnen.
- Eine Rehabilitationsorganisation dauert 5-7 Tage von der Anmeldung bis zum Austritt → Sollte diese Zeit nicht zur Verfügung stehen, da das Bett vorher gebraucht wird, soll von einer Anmeldung abgesehen werden.
- Der Patient soll rechtzeitig informiert werden, dass eine ärztlich indizierte Rehabilitation nötig ist. Sollte der Patient diese ablehnen, soll von einer Anmeldung abgesehen werden.
- Der richtige Zeitpunkt zur Anmeldung ist von grosser Bedeutung für die effiziente Rehabilitationsorganisation. Die Definition von medizinischen Entscheidungskriterien ist dafür notwendig:
 - Zu frühe Anmeldung, wenn der Patient noch nicht stabil ist, führt zu häufigem Umorganisieren.
 - Zu späte Anmeldung verlängert den Spitalaufenthalt.

6.3 Business-Dimension

In der Business-Dimension wird der Fokus auf die Wirtschaftlichkeit und die Wertschöpfungsorientierung gelegt. In dieser Dimension wird neben der qualitativen Verbesserung auch eine quantitative und monetäre Verbesserung der Dienstleistungen angestrebt.

6.3.1 Steuerung als Expense-/Cost-Center

Das Service-Center Rehabilitation wird als Expense-/Cost-Center geführt d.h. es erbringt unternehmenssichernde Leistungen im Auftrag der Unternehmensleitung. Es wird über ein vorgegebenes Budget gesteuert und durch Umlagerung über die internen Gemeinkosten in der Kosten-/Leistungsrechnung finanziert. Die Einhaltung, allenfalls sogar Unterschreitung des Budgets ist der Beitrag zur Wirtschaftlichkeit.

6.3.2 Wertschöpfungsansätze

Nach Wunderer und von Arx (2002, S. 47) kann die Wertschöpfung durch folgende Ansätze gesteigert werden:

Senkung des Wertverzehr: Die Personalkosten können gesenkt werden durch die Bearbeitung einzelner Prozessschritte durch Sachbearbeitende.

Senkung des indirekten Wertverbrauchs: Dies bezeichnet die Minderung der Ertragskraft einer Unternehmung. Das Service-Center Rehabilitation kann mit seinen Dienstleistungen die Opportunitätskosten senken, wenn die Aufenthaltsdauer der Patienten optimal ist und nicht unnötig verlängert wird. Nach Schariatzadeh (2008, S. 5) ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer, die im Englischen als *average length of hospital = aLOS*¹⁸ bezeichnet wird, ein wichtiger Leistungsindikator im Gesundheitswesen. Deren Verkürzung ist ein wesentlicher ökonomischer Bestandteil für Einsparungen. Im Hinblick auf die Einführung von SwissDRGs wird sich diese Thematik noch verschärfen.

Schariatzadehs Untersuchungen im Kantonsspital Winterthur zeigen folgendes Bild:

Gesamtzahl	124 Patienten
Keine Verzögerungen	80 Patienten
Verzögerungen	44 Patienten
Wartetage	16,4 % = 216
Klinikinterne Gründe: <ul style="list-style-type: none"> - Wartezeiten auf diagnostische Massnahmen - Wartezeiten auf Konsilien 	5,1 %
Klinikexterne Gründe: <ul style="list-style-type: none"> - Fehlende Kostengutsprachen für Rehabilitationen - Kein freier Platz in der Rehabilitationseinrichtung - Kein freier Pflegeheimplatz - Unentschlossenheit des Patienten - Keine Transportmöglichkeit durch Angehörige in die Rehabilitationseinrichtung 	11,3 %

Abb. 13: Untersuchung zu Wartetagen am Kantonsspital Winterthur. Quelle: Schariatzadeh, R., 2008

Insbesondere die fehlenden Kostengutsprachen durch die Krankenkassen, die Unentschlossenheit des Patienten und die fehlenden Transportmöglichkeiten durch Angehörige lassen sich mit gezielten Massnahmen wirksam bearbeiten. Dabei steht die klinikinterne Prozessoptimierung im Vordergrund, da durch rechtzeitige Initiierung des Rehabilitationsprozesses durch die Anmeldung ans Service-Center Rehabilitation sowohl den betroffenen Patienten und Angehörigen als auch den Kostenträgern mehr Zeit für ihre Entscheidungen bleiben.

Längerfristig sollten durch die Spitalleitung gezielte Kooperationen mit Rehabilitationseinrichtungen angestrebt werden, welche dem Universitätsspital Bettenkontingente sichert, so dass die Wartetage

¹⁸ Definition von aLOS: „Quotient der gesamten Anzahl Hospitalisationstage einer Patientengruppe zur gesamten Anzahl Entlassungen oder Quotient der gesamten Anzahl Pflgetage einer Patientengruppe zur gesamten Anzahl Entlassungen“ (Schariatzadeh, 2008, S. 5).

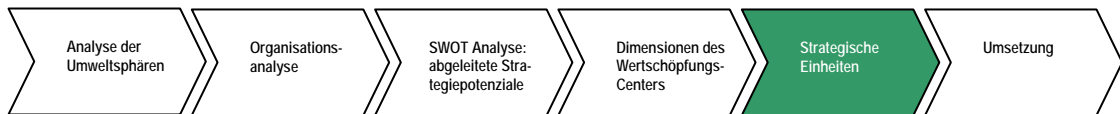
auf einen freien Rehabilitationsplatz reduziert werden können. Die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern muss individuell in der täglichen Zusammenarbeit mit den Fallmanagern, wie auch strukturell durch die Abschliessung von Zusammenarbeitsverträgen verbessert werden. So kann die Wartezeit auf die Kostengutsprachen für Rehabilitationen und Kuren gesenkt werden.

Das Controlling der aLOS muss systematisch erfolgen, da sie ein wichtiger Indikator der Wertschöpfung des Service-Centers Rehabilitation sind.

Prozessoptimierung: Die systematische Prozessoptimierung, wie unter der Service-Dimension ausgeführt, erhöht die Wertschöpfung, da zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen geschont und die Durchlaufzeiten reduziert werden.

Verbesserung der Effektivität: Die konsequente Ausrichtung der Dienstleistungen auf die Strategie des Universitätsspitals und die abgeleiteten Teilstrategien der einzelnen Medizinbereiche sind ein wichtiger Beitrag zur Wertschöpfung.

7 Service-Center Beratung und Care



Im Service-Center Beratung und Care werden Dienstleistungen angeboten, welche dem eigentlichen Gegenstand der professionellen Sozialen Arbeit, dessen sozialem Sachverhalt und dessen Problemmerkmalen entsprechen.

Zitat: „die Spitalsozialarbeit unterstützt Patienten und Angehörige, falls während des Spitalaufenthaltes belastende Ereignisse oder Probleme bei einem Patienten oder deren Bezugssystem auftreten. Sie erarbeitet mit den Beteiligten Lösungen und nimmt die entsprechende Planung und Vermittlung vor“ (Büsser & Wick, 2000, S. 84).

7.1 Management-Dimension

In der Management-Dimension des Wertschöpfungs-Centers wird die Strategie- und Effektivitätsorientierung fokussiert und folgendermassen umgesetzt:

7.1.1 Dienstleistungen und Ziele

(Die nachfolgenden Ziele und Werte wurden aus der Optik des Teams des Service-Centers Beratung und Care formuliert)

Wir sind ein Team von Sozialarbeitenden, welche für alle stationären und ambulanten Patienten des Universitätsspitals Zürich soziale Dienstleistungen erbringt. Diese müssen folgenden Problemmerkmalen professioneller Sozialer Arbeit entsprechen:

- Die Probleme haben einen Einfluss auf die Aufenthaltsdauer, d.h. eine Nichtbearbeitung würde den Spitalaustritt verzögern oder gar verhindern
- und/oder
- die betroffenen Patienten erleben die Probleme als grosse subjektive Belastung,
 - die Probleme betreffen eine objektive Notlage
- und (ganz wichtig!)
- die Probleme können nur durch professionelle Sozialarbeit gelöst werden.

Das Team des Service-Centers Beratung und Care erbringt folgende Dienstleistungen (nach Bienz & Reinmann, 2004, S. 19ff.):

Abklärung der sozialen Situation:	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung der Sozialanamnese (sofern nötig und die Zeit dazu besteht): aktuelle psychosoziale Situation unter Einbezug von relevanten biografischen Ereignissen • Sozialdiagnose: Darstellung der Lebenswelt des Patienten
Vorbereitung des Spitalaustrittes:	<ul style="list-style-type: none"> • Rückkehr nach Hause • Übertritt in eine andere Institution (Ausnahme: Rehabilitations- und Kuraufenthalte werden durch das Service-Center Rehabilitation organisiert)
Beziehungspflege:	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung und Begleitung von Patienten und Angehörigen in schwierigen Lebenslagen • Erschliessung von sozialen Kontakten • „anwaltliche“ Funktionen im Sinne von Interessenvertretung der Patienten innerhalb des Spitals
Sachhilfe:	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialversicherungsfragen • Hilfsmittel • Arbeit und Wohnen
Vernetzung:	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung zwischen Gesundheits- und Sozialwesen

Einzelne Sozialarbeitende können unter folgenden Bedingungen Aufgaben als ständige Mitglieder in spezialisierten interdisziplinären Behandlungsteams übernehmen:

- Diese medizinischen Teams betreuen Patienten, welche von einer Krankheit oder einem Unfall betroffen sind; welche für den jeweiligen Medizinbereich von hoher strategischer Bedeutung sind und/oder wenn es sich um eine grosse Anzahl von Patienten handelt. Aktuell sind Sozialarbeitende ständige Mitglieder im Zentrum für Palliativmedizin, im Rückenschmerzprogramm und in der Psychiatrischen Poliklinik.

7.1.2 Leitwerte

Die Beratung und Betreuung erfolgt unter Berücksichtigung folgender Werte:

Selbstbestimmungsrecht: Wir respektieren das Recht des Patienten selber zu entscheiden, ob er Beratung oder Betreuung durch einen Sozialarbeiter wünscht. Ausnahme: Der Patient ist nicht urteils- und/oder nicht handlungsfähig oder es bestehen begründete Anzeichen einer Selbst- oder Fremdgefährdung.

Ärztliche Anfragen: Anfragen durch Ärzte oder Pflege, also durch Dritte nehmen wir alle entgegen und klären mit dem betroffenen Patienten den konkreten Auftrag. Ausnahme: Rehabilitations- und Kuraufenthalte werden im Service-Center Rehabilitation bearbeitet.

Respektvolles Vorgehen: Die Beratung gestalten wir respektvoll gegenüber der Befindlichkeit des Patienten. Unsere Dienstleistungen sollen den Behandlungsverlauf optimal unterstützen.

Qualitäts- und Kostenbewusstsein: Wir streben hohe Dienstleistungs- und Ergebnisqualität an und handeln dabei kostenbewusst sowohl in Bezug auf das USZ als auch gegenüber den Kostenträgern.

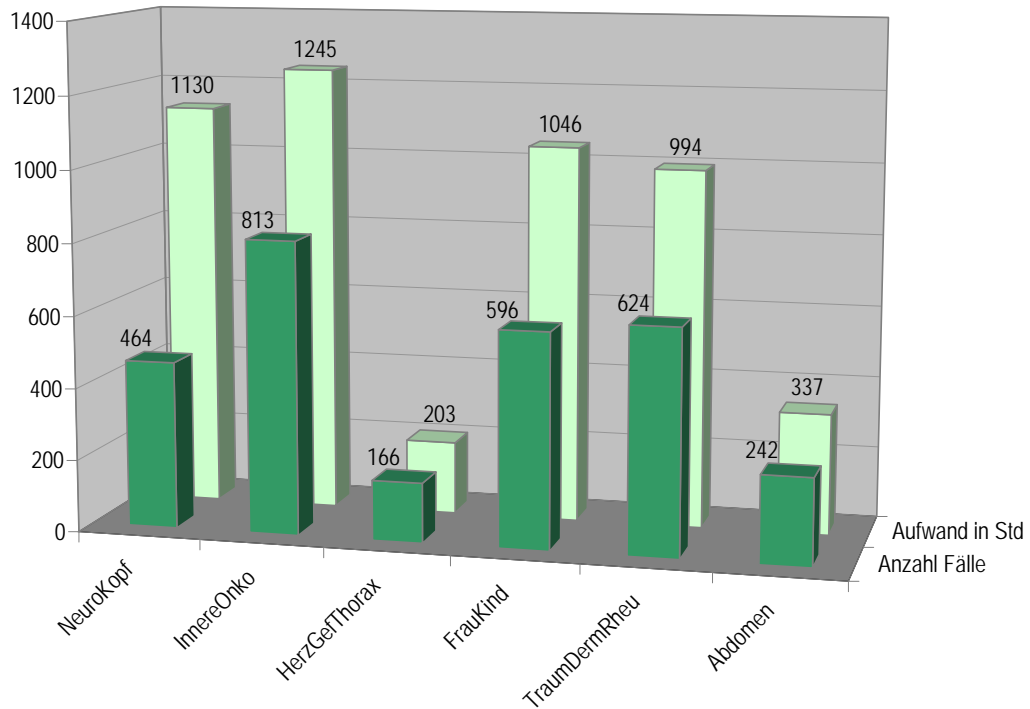
7.1.3 Interne Marktsituation

Die Analyse der internen Marktsituation¹⁹ dient als Grundlage, um die passenden Dienstleistungen anzubieten. Dabei geht es insbesondere darum, die Zielgruppen (hier die Patienten) und ihre Bedürfnisse gut zu kennen. Die Anzahl und Art der Dienstleistungen und die Merkmale der Patienten bilden die Grundlage für die Dienstleistungsprozesse, die Personalplanung und das erforderliche Know-How für die Dienstleistungserbringung.

¹⁹ Der Markt sind alle Patienten, im Sinne von „Markt-Volumen“ = tatsächlicher Umsatz aller Anbieter auf dem Markt (vgl. Trösch, M., 2009, Folie 22, S.11).

Quantitativ: Bedarf an Dienstleistungen des Service-Centers Beratung und Care

IST: Im Jahr 2009 wurden 2905 Patienten mit einer oder mehreren sozialen Dienstleistungen (ohne Rehabilitationen und Kuren) mit einem zeitlichen Aufwand von 4955 Stunden in den sechs Medizinbereichen durch den Sozialdienst USZ unterstützt:



NeuroKopf: Anatomische Region Neuro-Kopf

InnereOnko: Verwandte Disziplinen Innere Medizin-Onkologie

HerzGefThorax: Anatomische Region Herz-Gefäss-Thorax

FrauKind: Einheitliche Patientengruppe Frau-Kind

TraumDermRheu: Spezielle Therapie Trauma-Derma-Rheuma

Abdomen: Anatomische Region Abdomen

Abb. 14: Service-Center Beratung und Care: Anzahl Fälle mit diversen Dienstleistungen (ohne Rehabilitation), zeitlicher Aufwand und Verteilung auf die klinischen Medizinbereiche. Grafik: Sozialdienst USZ

SOLL: Es muss noch eruiert werden, welche Dienstleistungen nicht mehr prioritär erbracht werden, weil sie entweder nicht den Merkmalen Sozialer Arbeit entsprechen oder keinen Einfluss auf die Aufenthaltsdauer haben. Diese Dienstleistungen müssen in Absprache mit den einzelnen Medizinbereichen eruiert werden.

Qualitativ: Analyse der problematischen Patientensegmente

Im Service-Center Beratung und Care werden nur komplexe bis hoch komplexe Dienstleistungen mit niedriger Planbarkeit angeboten (vgl. Methodik von Knorr & Halfar, 2000, S. 78ff.).

Auch hier sind die nachfolgenden Patientengruppen besonders zu beachten und es sind spezifische Prozesse und geeignetes Know-How zur Bearbeitung zu entwickeln:

- Patienten ohne Kostendeckung
- Patienten mit aufenthaltsrechtlichen Problemen
- Patienten mit Komorbiditäten²⁰, insbesondere Überlagerung der somatischen Erkrankung mit psychischen Auffälligkeiten

7.1.4 Methoden der Leistungserbringung

Basis des sozialarbeiterischen Handelns ist auch hier die Sozialanamnese. Die bei der Anmeldung ins Service-Center Beratung und Care verfügbaren familiären, rechtlichen, finanziellen und beruflichen Daten bilden die Grundlage zur Erfassung der sozialen Situationsanalyse.

Anschliessend muss entschieden werden, auf welche Weise diese Probleme bearbeitet werden sollen. Dabei spielt die zur Verfügung stehende Aufenthaltsdauer eine entscheidende Rolle. Die rechtzeitige Triagierung ist einer unvollständigen d.h. nicht zu Ende gebrachten eigenen Bearbeitung auf jeden Fall vorzuziehen.

Wesentliche Methoden im Service-Center Beratung und Care sind ebenfalls das Casemanagement²¹, die systemische und lösungsorientierte Beratung und die Kenntnisse in der Krisenintervention.

7.1.5 Strukturelle Bedingungen

Ein gut funktionierendes Service-Center Beratung und Care benötigt ebenfalls strukturelle Voraussetzungen der Gesamtorganisation USZ, damit es verankert ist in den Behandlungsstrukturen. Verbindliche Kommunikationsstrukturen sind dabei von entscheidender Bedeutung:

- Die Pflege verfügt über zwei Instrumente, welche systematisch im Pflegeprozess eingesetzt werden. In ihrem pflegerischen Basisassessment, welches unmittelbar nach Spitaleintritt mit dem Patienten erstellt wird, besteht noch Potenzial zur Erfassung wesentlicher sozialer Merkmale. Dasselbe gilt für das später gezielt erstellte Fokusassessment, welches auf die Eruiierung spezifischer, vor allem pflegerischer Probleme ausgerichtet ist.
- Die Integration in definierte Patientenpfade, wo dies nötig ist. Die Definition von Patientengruppen, welche mit grosser Wahrscheinlichkeit soziale Probleme haben oder im Laufe der Behandlung entwickeln, ist wichtig.

²⁰ Doppel- oder Mehrfachdiagnosen

²¹ Ist ein systematisches Verfahren zur Fall- und Systemsteuerung. Hierzu wird ein zielgerichteter Prozess initiiert, bei dem der Casemanager über eine bestimmte Zeitspanne die Verantwortung für die Koordination der Versorgung eines Klienten übernimmt (vgl. Leber & Woodtly, 2009).

- Interdisziplinäre Fallbesprechungen, Sozialrapporte und Sozialvisiten sind je nach Patientengruppe ebenfalls geeignete Gefässe zur strukturellen Integration.
- Das Sozialarbeiterteam soll durch Sachbearbeitende, vor allem in der Abklärung von Patientendaten und Versicherungsdeckung unterstützt werden.

7.1.6 Koordination und Kooperation mit externen Partnern

Angebote und Einrichtungen des Sozialwesens, welche je nach Problemlage für die betroffenen Patienten erschlossen werden müssen, sind wichtige externe Partner. Die guten Kenntnisse des Leistungsspektrums und Anregungen, allenfalls auch gezielte Unterstützung zu deren kontinuierlichen Weiterentwicklung sind auch hier von grosser Bedeutung. Eine geeignete Datenbank und Instrumente des Wissensmanagements unterstützen die Kooperation mit externen Partnern.

7.1.7 Evaluation der Leistungen

Prozessanalyse: SOLL: Eine differenzierte Prozessanalyse mit dem Fokus auf die richtige Reihenfolge der Fallbearbeitungsschritte. Die jeweiligen Ergebnisse der Beratungsprozesse sind immer individuell. Das sachlogische Grundgerüst in der Vorgehensweise kann jedoch standardisiert werden. Es geht in den Grundzügen darum, in einem ersten Schritt die Zuständigkeit zu klären, dann eine Problemanalyse vorzunehmen und dann zu entscheiden, welche Probleme bearbeitet werden können. Dies hängt von der verbleibenden Aufenthaltsdauer und der Relevanz der sozialen Probleme ab. Die transparente Kommunikation gegenüber dem betroffenen Patienten – allenfalls auch gegenüber dem involvierten Behandlungsteam – über den anschliessend formulierten Auftrag mit integrierter Zielvereinbarung ist von grösster Bedeutung.

Zufriedenheit der Patienten: IST: Es wurden bis jetzt keine systematischen Erhebungen zur Patientenzufriedenheit auf der Ebene des Sozialdienstes vorgenommen. **SOLL:** Die Einführung von systematischen Rückfragen bei den Patienten, ob die vereinbarten Ziele erreicht wurden, ist zu prüfen.

Zufriedenheit der Anspruchsgruppen: IST: Es wurden bis jetzt keine systematischen Erhebungen zur Zufriedenheit der Pflege und der Ärzte (als wichtigste interne Anspruchsgruppen) im Zusammenhang mit dem Sozialdienst und dessen Dienstleistungen vorgenommen. **SOLL:** Im Sinne der Anspruchsgruppen- und Wertschöpfungsorientierung müssen die konkreten Erwartungen der Leitungen der einzelnen Medizinbereiche erhoben werden. Diese sind der Massstab, an der die Zufriedenheit zukünftig gemessen werden kann

7.1.8 Ausbaupotenzial

Es besteht die Möglichkeit zur Bildung von Schwerpunkten bei den Dienstleistungen, wenn ein relevantes soziales Problem stark zunimmt oder sehr erfolgskritisch ist. Aktuelles Beispiel ist ein Pilotprojekt des Sozialdienstes USZ, welches seit Mai 2009 sehr erfolgreich läuft: Mit 50 Sozialarbeitsstellenprozenten werden Fälle von Patienten bearbeitet, welche von einem Leistungsaufschub der Krankenkasse betroffen sind. Die Zwischenergebnisse sind ausserordentlich positiv: Es wurden 19 von 60 gemeldeten Patienten schuldenmässig saniert, d.h. die Krankenkasse hat den Leistungsaufschub aufgehoben und es wurden Spitalrechnungen in der Höhe von Fr. 139'201.40 von gesamthaft Fr. 657'0834.85 rückwirkend bezahlt. Dies in einem Zeitraum von acht Monaten. Da diese Patienten zum grossen Teil im USZ in Behandlung bleiben, sind die Opportunitätskosten (im Sinne einer Verhinderung von zukünftigen offenen Rechnungen) sicherlich mindestens so beachtlich. Den Patienten wurde der sehr wichtige Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens erhalten oder wieder ermöglicht. Patienten in Zahlungsschwierigkeiten, nicht nur auf Grund eines Leistungsaufschubes der Krankenkasse, sondern aus diversen anderen sozialen Gründen könnten durch das Team des Service-Centers Beratung und Care betreut werden.

7.2 Service-Dimension

In der Service-Dimension wird die Qualitäts- und Dienstleistungsorientierung fokussiert, welche mit folgenden Erfolgsfaktoren konkretisiert wird:

7.2.1 Qualitätsstandards in den Unterstützungsfunktionen

Die Qualitätsstandards in der Service-Dimension des Service-Centers Beratung und Care entsprechen den Standards im Service-Center Rehabilitation. Wichtig ist auch hier die Erreichbarkeit, besonders in unmittelbar krisenhaften Situationen. Das medizinische Behandlungsteam benötigt immer wieder sofortige Unterstützung in der Betreuung von auffälligen (betrunkenen, suchtmittelabhängigen oder stark aufgebrachten) Patienten.

Das Service-Center Beratung und Care muss diese Instrumente, im Sinne von Kriterien und Standards noch entwickeln, um die angestrebte Unterstützungsqualität zu überprüfen.

7.2.2 Wissen und Kompetenz

Das Team verfügt über spezifisches Wissen bezüglich

- Fragen des Sozialversicherungsrechtes, dem Umgang mit Kostenträgern und Versicherungsleistungen.
- „Sans-Papier“-Patienten: Sobald die Deckung der Behandlungskosten nicht gesichert ist, werden diese Patienten durch die Patientenadministration spätestens nach 30 Tagen dem Kantonalen Sozialamt gemeldet. Dies führt zur Meldung ans Migrationsamt und provoziert die Ausschaffung.

Das Sozialarbeitsteam hat in Absprache mit der Patientenadministration diese 30 Tage zur sozialarbeiterischen Bearbeitung zur Verfügung.

- spezifischen Krankheitsbildern, welche spezielle Therapien und Einrichtungen benötigen.
- Der Einrichtungen und Angebote des Sozialwesens.

7.2.3 Prozesse

SOLL: Der Kernprozess des Service-Centers Beratung und Care muss noch definiert werden, mit besonderem Augenmerk auf die Bearbeitung der Dienstleistungsanfrage. Dies ist ein wichtiger Teilprozess, welcher entscheidend ist für die nachfolgenden Dienstleistungen. Hier muss mit Hilfe von klaren Kriterien entschieden werden, ob eine Anfrage zu einem Auftrag wird, zurückgewiesen oder an andere Stellen weitergewiesen wird.

Dieser Prozess orientiert sich am Patientenpfad (s. Kapitel 6.2.3).

Die Ausarbeitung eines Dienstleistungskataloges mit genauer Beschreibung und Zuordnung der Dienstleistungen zur jeweiligen Behandlungsphase muss noch erfolgen. Dies gibt dem Serviceteam und den Ärzten und Pflegenden Klarheit, in welcher Phase wann was erfolgen kann.

SOLL: Es fehlen systematische Screeninginstrumente zur rechtzeitigen Erfassung von relevanten sozialen Problemen durch die Ärzte und Pflegenden. Es besteht die Vermutung, dass je nach Klinik unterschiedlich vorgegangen wird, nicht systematisch und nicht standardisiert. Das Service-Center Beratung und Care muss für jede Klinik, je nach Krankheitsmerkmalen, Kriterien zur Erkennung von sozialen Problemen zur Verfügung stellen. Es kann z.B. davon ausgegangen werden, dass Langzeitkranke, welche noch im Arbeitsprozess sind, soziale Probleme entwickeln. Sei dies bei der Arbeitsstelle, weil sie von der Kündigung bedroht sind oder durch Lohn einbussen beim Bezug von Krankentaggeld etc..

7.2.4 Dienstleistungsmarketing: Informationen für Ärzte und Pflegende

- Bitte informieren Sie die Patienten über die Anmeldung im Service-Center Beratung und Care.
- Nach erfolgter Anmeldung beginnt das Team mit der Bearbeitung: während der regulären Arbeitswoche und der regulären Bürozeiten unmittelbar nach Anmeldungseingang im Kisim spätestens jedoch innert 24 Stunden, sofern der Auftrag nichts anderes vorsieht.
- Das Team klärt die Zuständigkeit und den genauen Auftrag ab. Dabei orientieren wir uns am Dienstleistungskatalog, welcher Art und Zeitpunkt der Dienstleistung festhält.
- Wir informieren laufend über den Stand der Fallbearbeitung: Das medizinische Behandlungsteam via Kisim oder im Direktkontakt und die Patienten und Angehörigen im Direktkontakt oder via Telefon.
- Vermarktung des Sozialen Wertschöpfungs-Centers auf dem Intranet.

7.3 Business-Dimension

Die Wertschöpfung im Service-Center Beratung und Care geschieht hauptsächlich in der Erfüllung des gesellschaftlichen Auftrages Sozialer Arbeit. Dies als Beitrag zur volkswirtschaftlichen Wertschöpfung, in dem es die Gesundung, die Vermeidung von sozialer Desintegration und/oder die Wiederintegration von Erkrankten anstrebt.

7.3.1 Steuerung als Expense-/Cost-Center

Das Service-Center Beratung und Care wird ebenfalls als Expense-/Cost-Center geführt (s. Service-Center Rehabilitation).

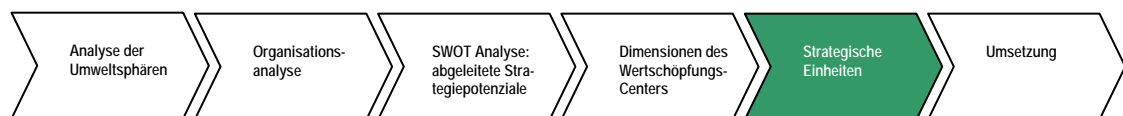
7.3.2 Wertschöpfungsansätze

Intern stehen im Service-Center Beratung und Care folgende Wertschöpfungsansätze im Vordergrund:

Prozessoptimierung: Die systematische Prozessoptimierung, wie unter der Service-Dimension ausgeführt, erhöht die Wertschöpfung, da zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen geschont werden und die Durchlaufzeiten reduziert werden.

Verbesserung der Effektivität: die konsequente Ausrichtung der Dienstleistungen auf die Strategie des Universitätsspitals und die abgeleiteten Teilstrategien der einzelnen Medizinbereiche sind ein wichtiger Beitrag zur Wertschöpfung. Der Dienstleistungskatalog ist dabei die Leitplanke.

8 Soziales Expertencenter



In diesem werden relevante soziale Fragestellungen, welche bedeutsam für die Führung des gesamten USZ, einzelner Medizinbereiche oder einzelner Kliniken sind, beobachtet, analysiert und Vorschläge zur Bearbeitung erstellt.

8.1 Produkte und Dienstleistungen

Die Produkte und Dienstleistungen ergeben sich aus den sozialen Problemen und den gewünschten Unterstützungsleistungen, welche in den beiden Service-Centern Rehabilitation und Beratung und Care beobachtet werden.

8.1.1 Unterstützungsdienstleistungen für Ärzte und Pflegende

Das USZ verzeichnet eine Zunahme von ausländischen, vor allem deutschen Ärzten und auch Pflegenden. Diese verfügen häufig über keinerlei oder ungenügende Kenntnisse des Schweizerischen Gesundheitswesens. Diese sind jedoch vonnöten, um gewisse ärztliche oder pflegerische Tätigkeiten auszuüben:

- Die Verordnung von ärztlich indizierten Rehabilitations- und Kuraufenthalten erfordert Kenntnisse der Merkmale und Unterschiede der einzelnen Angebote, des Krankenkassenwesens, der Institutionen und Angebote der Rehabilitations- und Kureinrichtungen.
- Der Umgang mit Arbeitsunfähigkeitszeugnissen, die Erkennung und Veranlassung einer Anmeldung bei der IV nach längerer Arbeitsunfähigkeit.
- Das korrekte Vorgehen bei urteils- und/oder handlungsunfähigen Patienten. Der Umgang mit Fragen des Kindsrechts und des Kindeswohls in der Geburtshilfe.

Die Einrichtung einer Hotline im Sozialen Wertschöpfungs-Center, welche bei allen Fragen angerufen werden kann und erste Orientierungshilfe gibt, wäre zu prüfen. Diese käme dem Bedürfnis nach unmittelbarer Entgegennahme von Anliegen entgegen und es könnten dringliche Fragen geklärt werden, ohne dass eine eigentliche Anmeldung in einem der beiden Service-Center nötig wäre.

8.1.2 Unternehmenssichernde Dienstleistungen

Das USZ ist immer wieder mit sozialen Fragestellungen konfrontiert, welche die gesamte Organisation betreffen. Dazu gehören folgende Themen, zu denen Produkte oder Dienstleistungen durch das Soziale Expertencenter angeboten werden könnten:

- Umgang mit Gewalt und Drohungen gegen die Angestellten durch Patienten und Angehörige.
- Patienten mit fehlender Kostendeckung, sei dies wegen einem Leistungsaufschub der Krankenkasse, wegen Verschuldung oder auf Grund der aufenthaltsrechtlichen Gegebenheiten (Touristen, die im USZ hospitalisiert werden, „Sans-Papiers“, abgewiesene Asylbewerber etc.).
- Die fehlenden Aufnahmekapazitäten einzelner nachbetreuender Einrichtungen, welche zu Verzögerungen im Austritt führen. Die Auslotung von Möglichkeiten, z.B. Bettenkontingente etc. könnte durch das Soziale Expertencenter vorgenommen werden.
- Sozial auffällige Patienten: aktuell stellt sich die Frage nach dem Umgang mit den alkoholisierten Jugendlichen, welche zur Ausnüchterung in die Notfallstation des USZ gebracht werden.
- Verzögerungen in der Erteilung von Kostengutsprachen für nachstationäre Rehabilitationen. Es könnten Zusammenarbeitsverträge ausgehandelt werden, welche die Verlegung von Patienten – wenn die kantonalen Einrichtungen nicht aufnehmen können – allenfalls auch in ausserkantonale ermöglichen.

8.2 Business-Dimension

Im Gegensatz zu den beiden Service-Centern hat das Soziale Expertencenter Potenzial zum internen und allenfalls sogar externen Verkauf von Dienstleistungen und Produkten.

8.2.1 Steuerung

Wunderer und von Arx (vgl. 2002, S. 261) unterscheiden zwischen reinen (Personal)dienstleistungen und unternehmenssichernden Managementfunktionen. Unter ersteren werden „prinzipiell marktfähige Leistungen und individuelle, für Kunden erarbeitete Lösungen“ verstanden (Wunderer & von Arx, 2002, S.259).

Dafür kann eine interne Verrechnung durch noch zu vereinbarende Tarife geprüft werden.

Die Erstellung von Produkten (Konzepte, Projekte, Zusammenarbeitsvereinbarungen etc.), welche unternehmenssichernden Wert haben, sollten mit einem Budget, im Sinne von kalkulierten Kosten gesteuert werden. Die Erstellung dieser Produkte wird durch die Direktion des USZ oder durch die Leitungen von Medizinbereichen veranlasst.

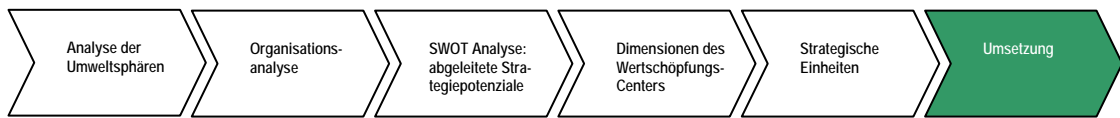
8.2.2 Ausbau zum Profit-Center

Die Erstellung von bestimmten Konzepten und Produkten hat Potenzial für den Verkauf an Externe:

- Die umfangreiche und spezifische Dokumentation des Sozialdienstes USZ zu Angeboten des Sozialwesens, welche für Spitalsozialdienste wichtig sind, stösst immer wieder auf reges Interesse.
- Grundlagen und Prozesse zur erfolgreichen Bearbeitung von Fällen mit einem Leistungsaufschub der Krankenkassen (stete Nachfrage beim Sozialdienst des USZ).
- Beratung von Patienten, welche in ambulanten medizinischen Praxen betreut werden und soziale Probleme haben, welche in relevantem Zusammenhang mit einer Erkrankung, einem Unfall oder einer Schwangerschaft stehen.
- Weitere Produkte zu sozialen Fragestellungen sind denkbar.

Für kleinere Institutionen lohnt es sich schlicht nicht, solche Dokumentationen aufzubauen und dauernd zu aktualisieren und grössere Konzepte zu erstellen. Dafür fehlen die personellen Ressourcen und die Zahl der betreuten Patienten ist zu klein.

9 Schlussfolgerungen und Umsetzung



Das Konzept des Sozialen Wertschöpfungs-Centers USZ muss durch die Direktion Pflege und HRM, zu welcher der Sozialdienst organisatorisch gehört, gutgeheissen werden. Sollte die Zustimmung erfolgen, wird die Umgestaltung des Sozialdienstes zum Sozialen Wertschöpfungs-Center bei laufendem Betrieb erfolgen. Ein schrittweises Vorgehen ist zu empfehlen, sinnvollerweise wird mit dem Aufbau des Service-Centers Rehabilitation begonnen. Die Projektskizze im Anhang zeigt die ersten Schritte.

Ich bin überzeugt, dass Spitalsozialarbeit seine Legitimation sicherstellen kann, wenn sie als Soziales Wertschöpfungs-Centers auftritt. Das Erfolgsgeheimnis liegt in der Verknüpfung der Expertise der eigenen Profession mit der Wertschöpfung des gesamten Unternehmens. Die angebotenen Dienstleistungen und Produkte müssen für das Unternehmen wertvoll sein und in explizitem Zusammenhang mit seiner Gesamtausrichtung stehen. Sozialarbeit darf dabei jedoch nicht seinen gesellschaftlichen Auftrag aus dem Auge verlieren, welcher als Beitrag zur sozialen Gerechtigkeit verstanden wird.

10 Dank

Ein ganz grosses Dankeschön für die Unterstützung bei der Erstellung dieser Arbeit geht an:

Sabina von Arx, welche mich unkompliziert mit Rat und Tat begleitet hat.

Dorle Otto und Sara Lozano für die inhaltliche Mitarbeit.

Ashisha Macdonald und Jethro Hemmann, welche mir computertechnisch zur Seite standen.

Doris Stoffner für ihre sprachlichen Rückmeldungen.

Jens Frost für seine stete Sorge um mein Wohl.

Stellvertretend für die vielen Tausend Patienten und Patientinnen möchte ich den Sozialarbeiterinnen des Universitätsspitals Zürich für ihr tägliches, unermüdliches Engagement danken.

11 Erklärung

Ich bestätige, die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst zu haben. Sämtliche Textstellen, die nicht von mir stammen, sind als Zitate gekennzeichnet und mit dem genauen Hinweis auf ihre Herkunft versehen.

Die verwendeten Grafiken (gilt auch für Abbildungen, Grafiken u.ä.) sind im Literaturverzeichnis aufgeführt

Datum

Unterschrift

12 Literaturverzeichnis

Avenir social. (2009). *Berufskodex Professionelle Soziale Arbeit Schweiz*. Fassung für die Vernehmlassung. Zürich: Selbstverlag.

Bienz, B. & Reinmann, A. (2004). *Sozialarbeit im Krankenhaus*. Bern: Haupt.

Bruhn, M. (2008). *Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Grundlagen, Konzepte, Methoden*. 7. überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin. Springer Verlag.

Büsser, J. & Wick, M. (2000). *Spital! Sozialarbeit?* Unveröff. Diplomarbeit, Hochschule für Sozialarbeit, HFS Ostschweiz.

Conen, D. (2009). Die Strategie stärkt das Spital für die Zukunft. *Puls, Personalzeitschrift des Universitätsspitals Zürich*, 2, 4.

Cranowsky, R. & Hurter, H. (1996). *Leitfaden zum Qualitätsmanagement im schweizerischen Krankenhaus*. Aarau: Veska – Ausbildungszentrum. Selbstverlag.

Engelhardt, H. D. (2001). *Total Quality Management. TOM: Konzept – Verfahren – Diskussion*. Augsburg: ZIEL.

ExpertInnengruppe der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) sowie der fünf Medizinischen Fakultäten. (2004). *Projekt „Zukunft Medizin Schweiz“, Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts*. Basel/Muttenz: Selbstverlag.

Friedauer, S. (2007). *Neuerungen im Rahmen der 5. IV- Revision*. Referat vom 15. März anlässlich der 4. Invaliditätstagung, Lenzburg.

Gälweiler, A. (1987). *Strategische Unternehmensführung*, Frankfurt: Campus.

Geiser, K. (1997). Zu den Funktionen Sozialer Arbeit in gefährdeter Gesellschaft. In S. Grossenbacher (Hrsg.). *Schule und Soziale Arbeit in gefährdeter Gesellschaft* (S. 67-86). Bern: Haupt.

Gloor, P. (1978). *Gründung und Entwicklung des Sozialdienstes am Universitätsspital Zürich*. Referat an der Pressekonferenz des Sozialdienstes vom 22.8, Zürich: Archiv Sozialdienst Universitätsspital Zürich.

Haller de, J. (2008, 09. Mai). Der Patient ist kein Kunde. *Bund*, 60500, 10.

Höpflinger, F. (2009, 22. November). Die Leute bleiben länger jung, dynamisch und lernfähig. *Sonntagszeitung*, 16.

Käppeli, S. (2005). Bündnis oder Vertrag? Eine Reflexion über zwei Paradigmen der pflegenden Beziehung. *Pflege, die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*, 18, 187-197.

Knorr, F. & Halfar, B. (2000). *Qualitätsmanagement in der Sozialarbeit. Für Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Sozialverwaltungen, Freie Wohlfahrtsverbände*. Regensburg: Walhalla Verlag.

Kunstmann, W. (2006). Kunde, Käufer, Patient, Klient – die Rolle des Hilfe – Bedürftigen in der Sozialen Arbeit und der Pflege. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 4, 138 – 142.

Leber, L. & Woodtly, R. (2009). *Einführung ins Casemanagement*. Kursunterlagen Berner Fachhochschule. Luzern: Hochschule, Soziale Arbeit.

Lüssi, P. (1995). *Systemische Sozialarbeit. Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung* (3. Auflage). Bern: Haupt.

Müller-Stewens, G. & Lechner, Ch. (2006). *Strategisches Management. Wie strategische Initiativen zum Wandel führen* (3. Aufl.). Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag

Nationale Plattform Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers (2007). *Broschüre: Patienten und Patientinnen ohne Aufenthaltsrecht und ohne Krankenversicherung* [Online]. Available: http://redcross.ch/data/dossier/24/redcross_dossier_24_1_de.pdf

Rogler, G. (2009, 17. Juni). Der Patient als Kunde? Im Spannungsfeld zwischen „Gesundheitsmarkt“ und verantwortungsvoller Medizin. *Schweiz. Ärztezeitung*, 1009-1013.

Rüegg-Stürm, J. (2003). *Das neue St. Galler Management-Modell* (5. revid. Aufl.). Bern: Haupt.

Sander, G. & Bauer, E. (2006). *Strategieentwicklung kurz und klar. Das Handbuch für Non-Profit-Organisationen*. Bern: Haupt.

Schariatzadeh, R. (2008). *Klinik-interne und -externe Determinanten der Spitalaufenthaltsdauer*. Unveröff. Dissertation, Universität Zürich, Medizinischen Fakultät.

Schmid-Marti, M. & Schmid-Stalder, R. (1997). *Qualitätsmanagement im Spitalsozialdienst* Diplomarbeit, Fachschule für Sozialarbeit FHS Bern. Köniz: Edition Soziothek.

Troesch, M. (2009). *Dienstleistungs-Marketing*. (Kursunterlagen CAS Betriebswirtschaft). Dübendorf ZH: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Soziale Arbeit, Weiterbildung.

Ulrich, P. (2001): *Integrative Wirtschaftsethik. Grundlagen einer lebensdienlichen Ökonomie* (3. revid. Aufl.) Bern: Haupt.

Wunderer, R. & von Arx, S. (2002). *Personalmanagement als Wertschöpfungs-Center. Unternehmerische Organisationskonzepte für interne Dienstleister* (3. Aufl.). Wiesbaden: Gabler.

Zwyssig, M. (2009). *Globalbudget und Leistungsauftrag*. (Kursunterlagen CAS Betriebswirtschaft). Dübendorf ZH: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Soziale Arbeit, Weiterbildung.

13 Abbildungsverzeichnis

Abb.1	Fallzahlen (Stand 31.12.2009). Grafik: Sozialdienst USZ	9
Abb. 2	IST-Positionierung Sozialdienst zur SOLL-Positionierung als Soziales Wertschöpfungs-Center. Grafik: Silvia Frost	10
Abb. 3	Modifiziertes TQM-Dreieck nach Wunderer & von Arx (2002 S. 33)	13
Abb. 4	Prozesse der Strategieentwicklung und -umsetzung (Sander & Bauer, 2004, S.20).	15
Abb. 5	Entwicklung zum Sozialen Wertschöpfungs-Center in Anlehnung an Sander/Bauer und Wunderer/von Arx. Grafik: Silvia Frost	16
Abb. 6	Zusammenwirken der medizinischen Berufsgruppen (ExpertInnengruppe der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) sowie der fünf Medizinischen Fakultäten).	17
Abb. 7	Segmentierung der Dienstleistungen. Grafik: Silvia Frost	25
Abb. 8	SWOT-Analyse. Grafik: Leitungsteam Sozialdienst USZ	27
Abb. 9	Service-Center Rehabilitation: Anzahl Fälle und zeitlicher Aufwand. Quelle: Sozialdienst USZ	35
Abb. 10	Service-Center Rehabilitation: Anzahl Fälle mit einfachen Dienstleistungen und zeitlicher Aufwand pro Medizinbereich. Quelle: Sozialdienst USZ	36
Abb. 11	Service-Center Rehabilitation: Anzahl Fälle mit komplexen Dienstleistungen und zeitlicher Aufwand pro Medizinbereich. Quelle: Sozialdienst USZ	36
Abb. 12	Patientenpfad. Grafik: Silvia Frost	41
Abb. 13	Untersuchung zu Wartetagen am Kantonsspital Winterthur. Quelle: Schariatzadeh, R., 2008	43
Abb. 14	Service-Center Beratung und Care: Anzahl Fälle mit diversen Dienstleistungen (ohne Rehabilitation), zeitlicher Aufwand und Verteilung auf die klinischen Medizinbereiche. Grafik: Sozialdienst USZ	47